Rok XLIX. Kraków, dnia 14. maja 1910. Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy.

Przez

Dra Kazimierza Dłuskiego,

naczelnego lekarza Sanatoryum w Zakopanem.

W pracy naszej »O stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego« (Kraków 1907) staraliśmy się poruszyć cały szereg zagadnień, związanych ze stosowaniem tuberkuliny w gruźlicy, a domagających się rozstrzygnięcia wobec innych, zachodzących pomiędzy niemi sprzeczności. Zagadnienia te, pomimo ciągłego postępu w dziedzinie bakteryologii wogóle, a specyalnie w nauce o uodpornieniu, nie zostały — zdaniem naszem — dotąd dostatecznie wyjaśnione. Podając więc wyniki nowych badań — o ile nam z dostępnej literatury są wiadome — będziemy powoływać się na nasze dawniejsze uwagi, łącząc pierwsze i drugie w jedną całość.

Uderza nas przedewszystkiem mnogość i różnorodność preparatów swoistych. Nie mówiąc już o sporej ilości dawnych, wychodzących jak odrębne gałęzie ze wspólnego pnia T [1]), i mających na celu uodpornienie czynne lub bierne, ostatnie lata przyniosły nam jeszcze nowe preparaty. Wspomnimy tu między innemi o tuberkulinie Jakobsa, »filtrazie« Haentjensa i JK C. Spenglera, który, obliczywszy z matematyczną niemal ścisłością działanie tego preparatu, otrzymać miał świetne wyniki w najbardziej nawet posuniętej gruźlicy u ludzi. Tymczasem świnki morskie w rękach Landmanna padły wszystkie we 20—24 godz. bez względu na owo immunizacyjne działanie JK. Weicker - Bandelier ([69]) i Roepke ([35]) już niedawno na obszernym materyale klinicznym wykazali, że JK niema wcale swoistego działania, Roepke zaś wyraźnie powiada, »że JK może być postawione w jednym rzędzie z rozczynem fizyologicznym soli kuchennej« ([49]). W związku z tą różnorodnością panuje w chwili obecnej, zarówno, jak i dawniej, zupełna d o w o l n o ś ć w wyborze tych preparatów, bez dostatecznego teoretycznego uzasadnienia. Na IV. Zjeździe niemieckich ftyzyoterapeutów w r. 1907 — gdzie swoiste leczenie było przedmiotem wyczerpujących dyskusyi — dowolność ta znalazła jaskrawy wyraz w wykładzie jednego z najgorętszych zwolenników Kocha, Bandeliera, który wyraźnie zaznaczył, że »daleko mniej chodzi o wybór preparatu, niż o metodę ostrożnego, liczącego się z indywidualnemi właściwościami leczenia w rękach doświadczonego specyalisty«. »Może — powiada on — dalsze badania doprowadzą z czasem do ustalenia wskazań dla różnych tuberkulin« ([1]). Twierdzenie Bandeliera — co należy podkreślić — było na tym Zjeździe wyrazem ogólnej opinii specyalistów, mających długoletnie doświadczenie w leczeniu gruźlicy. Z niego więc bezpośrednio wypada, że preparaty już tylko samego Kocha — T, TR lub BE —, które, wedle ich twórcy, są wskutek różnego sposobu przygotowania z u p e ł n i e w s w e m d z i a ł a n i u n a u s t r ó j g r u ź l i c z y o d m i e n n e, mogą być stosowane, byle umiejętnie, stosownie do widzi mi się danego lekarza [2]). To zaś widzi mi się sięga tak daleko, że na tymże Zjeździe słyszymy z ust Petruschkyego następujące słowa: »Zarówno niepodobna zmuszać kogoś, oddającego się muzyce do grania na skrzypcach, a nie na innym jakimkolwiek instrumencie, jak też niepodobna zmuszać lekarza przy wyborze środków, które mu są sympatyczne, do wyrzekania się w tym względzie swego własnego kryteryum«. Więc ostatecznie nie substancya preparatu sama przez się, jako taka, rozstrzyga o jego działaniu, lecz osoba lekarza, który go stosuje. Wypadałby tu dziwny błąd logiczny z punktu teoryi tuberkuliny samego Kocha. Jak zobaczymy poniżej, Wolff-Eisner, na podstawie swej teoryi endotoksyn i bakteryolizyn, dowodzi, że błędu tu niema, że błędnem było twierdzenie Kocha, jakoby preparaty ze względu na sposób swego przygotowania jakościowo były różne, a w następstwie i odmienne w swem działaniu na ustrój gruźliczy. Wolff-Eisner twierdzi, że de facto mają one składnik podstawowy wspólny; różnice zaś między T, TR i BE są nie jakościowe, lecz tylko ilościowe. Do sprawy tej później powrócimy.

Równolegle z dowolnością w stosowaniu różnych preparatów z TBC, zaznaczyć należy brak ustalonych wskazań do swoistego leczenia gruźlicy. Sprawę tę z punktu widzenia klinicznego uważamy za rzecz pierwszorzędnej wagi. Tymczasem w łonie samych zwolenników Kocha widzimy jaskrawe sprzeczności. W szczegóły wchodzić nie będziemy,

---

[1]) Uwaga. Zaznaczamy, iż w dalszym ciągu będziemy nazywali tuberkulinę Beranecka — TBk; starą tuberkulinę Kocha — T. Lasecznik gruźlicy ludzkiej — tbc; lasecznik perlicy — ptbc.

[2]) Przypominamy już dawniej cytowane przez nas zdanie Dieudonnego, że między T i TK pozostaje wspólna tylko nazwa tuberkuliny i wspólne pochodzenie od pierwotnej tuberkuliny.

gdyż je dawniej szeroko omówiliśmy; dawniejsze zaś uwagi utrzymujemy w całej sile. Idźmy dalej. Niezależnie od dowolności w wyborze preparatów i niezależnie od braku ustalonych wskazań, widzimy dwie niezgodne metody leczenia. Dawna metoda Kocha, czyli leczenie większemi dawkami, w celu wywoływania silniejszego lub słabszego odczynu, jako zjawiska dla ustroju pożądanego. Nowa metoda Goetsch-Sahliego — przyjęta dziś w głównych zarysach przez takich gorących zwolenników Kocha, jak Bandeliera i Roepkego (2) — oparta na leczeniu minimalnemi dawkami, w celu unikania najmniejszego nawet odczynu, jako zjawiska nietylko niepożądanego, ale nawet dla ustroju niebezpiecznego. Z punktu widzenia nowych pojęć o uodpornieniu metody te powinny wywoływać w biologicznym stanie komórek zupełnie odmienne następstwa. Tymczasem, jakkolwiek brzmi to paradoksalnie, zwolennicy tych dwóch sprzecznych metod mają jednakowo dobre wyniki — tak przynajmniej powiadają ich statystyki.

W związku z temi sprzecznościami z dziedziny kliniki panuje cały szereg niejasności i sprzeczności mniejszej lub większej wagi na polu zagadnień teoretycznych, które w dawniejszej pracy poruszaliśmy i teraz znów dotkniemy, gdyż niezależnie od czysto teoretycznego interesu, mają one ważne kliniczne znaczenie. Przedewszystkiem pytania, związane z samą istotą prątka gruźliczego.

Znana jest teorya »form przejściowych« L. Rabinowitschównej, wiążąca w jedną wielką rodzinę różne typy prątków gruźliczych, a więc lasecznika gruźlicy ludzkiej, bydlęcej, ptasiej i t. d. i t. d. Znane są również doświadczenia Feistmantla, że cały szereg prątków kwasoopornych, a nawet i »streptothrix farcinica«, wywołują odczyn zupełnie podobny do odczynu tuberkulinowego. W związku z niemi wspomnieć należy o znanych próbach uodpornienia ludzi przeciw lasecznikowi ludzkiemu zapomocą lasecznika padalca (C. Spengler, Klemperer i Moeller), nie mówiąc już o całym szeregu analogicznych prób na zwierzętach. Wszystkie te próby mają kliniczne znaczenie z tego względu, że gruźlica u człowieka może być wywołana — jak wiadomo — nietylko przez »typus humanus«, lecz przez »typus bovinus«, przez lasecznik ptasi i t. d. i t. d. A z tych bezpośrednio wynika dawniejsze nasze pytanie, czy przy swoistem leczeniu gruźlicy ludzkiej powinniśmy zawsze używać preparatów, pochodzących z hodowli »typus humanus«? Pytanie to tem bardziej aktualne, że pod wpływem C. Spenglera różni wybitni klinicyści stosują, i to na wielką skalę, preparaty z »typus bovinus«. Niewiadomo tylko, czy kierują się zasadami C. Spenglera [3]), który, jak wiadomo, głosi, że w 68°/₀ przypadków gruźlicy ludzkiej istnieją dwa antagonistyczne typy — »humanus« i »bovinus« — swoiste zaś leczenie polega na antagonistycznem wzajemnem działaniu hodowli obu powyższych prątków [4]).

Pomijamy już, że tak ważna z punktu naukowego sprawa — tożsamości lub nietożsamości obu typów prątka — dotąd nie wyjaśniona, pomimo prac pojedynczych genialnych uczonych i całych komisyi, jak niemiecka i angielska — przez C. Spenglera została rozstrzygnięta w sensie nietożsamości obu typów. Chodzi nam o jej praktyczne znaczenie. Pytanie to wielkiej wagi, domaga się rozstrzygnięcia z wielu względów i jest aktualne choćby z tej racyi, że znane są w nowszych czasach badania Rothschilda, prowadzące do dalszego różniczkowania »typus humanus«. Rothschild n. p. wychodząc z zasady, »że powinnibyśmy właściwie dla każdego przygotowywać jego własną tuberkulinę« (52), używa »autotuberkuliny«, przygotowanej z prątków, zawartych w plwocinie lub w moczu lub w innych wydzielinach samego chorego; w braku zaś tych wydzielin stosuje »Universaltuberkulin«, przygotowaną z pięciu różnych odmian »t. humanus«. W tym drugim przypadku, choć preparat »nie odpowiada — wedle słów Rothschilda — wymaganiom absolutnie swoistego leczenia, jednak więcej do niego się zbliża, niż przy wszelkich innych dotąd używanych metodach« (50). Wyniki takiego leczenia, zestawione statystycznie przez Rothschilda z wynikami przy stosowaniu przez niego Kochowskiej T, przemawiają wyraźnie na korzyść metody autora. To też we wnioskach swych powiada Rothschild: »W każdym razie użycie różnych hodowli tego samego gatunku lasecznika stanowi wyraźny postęp w pobudzaniu ustroju do wytwarzania istotnie swoistych ciał ochronnych« (52). Wedle więc zdania Rothschilda najlepsze wyniki przy uodpornieniu chorego na gruźlicę dają preparaty, pochodzące już nietylko z typu prątka, wywołującego daną sprawę choroby, ale z prątka, tkwiącego w samem wnętrzu chorego ustroju. Czy teorya ta jest słuszną, przyszłość pokaże. W każdym razie porusza ważne, lecz nie rozstrzygnięte pytania z dziedziny swoistego leczenia gruźlicy.

Choć poruszone dotąd pytania są ważne, zarówno teoretycznie, jak i klinicznie, pozostają nie rozstrzygnięte zagadnienia jeszcze donioślejsze, które powinny panować nad całem swoistem leczeniem gruźlicy i służyć za źródło, z którego powinny wypływać wszelkie zasady swoistego leczenia. Źródło to dotąd przez naukę ostatecznie ujęte nie jest.

Może twierdzenie nasze będzie zbyt śmiałe, ale kliniczny bilans swoistego leczenia różnych chorób zakaźnych wydaje się nam bardzo skromnym, wobec ogromu prac i badań, dokonanych w ostatnich 2—3 dziesiątkach lat. Wyniki leczenia n. p. różnych postaci zakażenia paciorkowcowego odpowiedniemi surowicami wcale nie są pewne. Wolff-Eisner zaś wyraża powątpiewanie, czy surowice te »wogóle mają jakiekolwiek działanie« (71). Tak samo rzecz się ma z leczeniem, nawet zapobiegawczem, takich chorób, jak cholera lub dur brzuszny, choć statystyka przemawia tu na korzyść stosowania swoistych preparatów bakteryologicznych. To samo da się powiedzieć o całym szeregu innych chorób. Ale nawet w stosowaniu dwóch tak dobrze znanych i w ich antytoksycznem działaniu niemal matematycznie określonych surowic, jak przeciwbłonicza i przeciwtężcowa, widzimy dziwne sprzeczności i paradoksy. Pierwsza, posiadająca takie pewne działanie u człowieka, ma niepewne w doświadczeniach laboratoryjnych nad zwierzętami. Z toksyną przeciwtężcową dzieje się wręcz naodwrót. Kli-

---

[3]) Patrz: »Die Doppelätiologie der tuberkulösen Phthise und die Vakzinationsbehandlung«. Wiener klin. Rundschau 1906, Nr 33.

[4]) Nowsze badania Schrödera doprowadzają go do wniosku, że »typus bovinus« bardzo rzadko znajduje się w przewlekłej gruźlicy ludzkiej i że metoda leczenia C. Spenglera spoczywa na fałszywych podstawach (59). Beitr. XI., str. 224, 226.

niczne jej wyniki nazywa Wolff-Eisner poprostu nadzwyczajnie złemi ([70]). Cóż więc mówić o gruźlicy, gdzie przyczyną choroby jest laseczník, posiadający wielce powikłane, dotąd należycie naukowo nie wyjaśnione właściwości biologiczne?

(C. d. n.).

Ciąża, a oko.

Podał

Prof. Dr K. W. Majewski.

(Według wykładu w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem).

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu, t. j. do omawiania wpływu ciąży, porodu i połogu na oko zdrowe i chore, sądzę, że nie od rzeczy będzie pokrótce naszkicować oddziaływanie przejawów i funkcyi życia płciowego kobiety takich, jak pokwitanie, miesiączkowanie, przekwitanie (climacterium), na narząd wzroku. Spotykamy się tu z uderzającemi analogiami i zestawienie tych różnych wpływów, przyczyni się do lepszego oświetlenia przedmiotu, który nas w tej chwili zajmuje.

Nie trzeba ciąży, ani porodów, już sama miesiączka, nawet zupełnie prawidłowa porusza tak silnie i głęboko cały ustrój kobiety, że słabe odbłyski tej czynności płciowej, pokazujące się aż na oku, tak bardzo odległem od terytoryum płciowego, nie mogą być dla lekarza zjawiskiem dziwnem, ani niezrozumiałem.

Wpływ miesiączki na oko stopniuje się w następującym porządku: Prawidłowa miesiączka na prawidłowe oko, przyznać trzeba, albo nie oddziaływa wcale, albo w znikającej mierze, a tylko w wyjątkowych przypadkach w sposób wybitniejszy. Nieprawidłowe miesiączkowanie częściej już wywołuje pewne zaburzenia w narządzie wzrokowym, zresztą prawidłowym. Natomiast niezaprzeczenie ważnym i wybitnym jest wpływ, choćby prawidłowej miesiączki na oko bądźto chore, bądźto do pewnych chorób skłonne. Najjaskrawiej zaznacza się oczywiście oddziaływanie nieprawidłowej miesiączki na nieprawidłowe oko.

Już na długo przed pojawieniem się pierwszej miesiączki, powstają czasem rozmaite krwawienia i krwotoki. Mogą one dotyczyć także oka. Tak n. p. Dor ([22]) opisał przypadek obustronnego krwotoku do ciała szklistego. Wogóle w okresie pokwitania oczy zachowują się podobnie, ulegają podobnym zaburzeniom, jak przy braku miesiączki (amenorrhea), ustaniu miesiączkowania (suppressio mensium), lub nawet przy miesiączkowaniu bolesnem (dysmenorrhea).

W czasie prawidłowej regularności pojawiają się czasem opryszczki (herpes). Landesberg ([3]) widział takie opryszczki na powiekach, Ramsohoff na rogówce. Sine obwódki do około oczów, a nawet nieznaczny obrzęk powiek, zwłaszcza dolnej, nie należą w czasie miesiączki do wyjątkowych zjawisk, ale też nie mają żadnego dalszego znaczenia. Ciekawe są spostrzeżenia Finkelsteina ([7]), który na podstawie swych licznych badań, twierdzi, że prawidłowej miesiączce niemal stale towarzyszy współśrodkowe zwężenie pola widzenia, dające się wykazać już na dwa lub trzy dni przed rozpoczęciem miesiączki. Trzeciego lub czwartego dnia osiąga ono swoje maximum, a ustępuje po dalszych trzech lub czterech dniach. Również i granice dla barw mają się nieznacznie zwężać. Zapewne nie jest to nic innego, jak tylko objaw przytępienia wrażliwości siatkówki, wywołanego ogólnem niedomaganiem, rozstrojem i osłabieniem, jakiego doznaje wiele kobiet podczas prawidłowej nawet miesiączki.

Salo Cohn ([1]), potwierdzając spostrzeżenia Finkelsteina ([7]), wykazał jednak, że zwężenie pola widzenia bywa o wiele znaczniejsze przy miesiączkowaniu bolesnem, nawet jeżeli występują bole (molimina) bez krwawienia. Granice pola zwężały się do 15, a nawet do 10 stopni. Wiadomo, że bardzo silne bole jakiejkolwiek przyrody mogą u osób wrażliwych wywołać zwężenie pola widzenia. Gdy z drugiej strony wiemy, że znaczniejsza utrata krwi, a więc ostra niedokrwistość, sprawia częstokroć ten sam skutek, a nawet może sprowadzić niedowidzenie (amaurosis), to dziwić nas nie będzie, że zaburzenia wzrokowe największe są w tych właśnie przypadkach, gdzie znacznym bolom miesiączkowym towarzyszą obfite krwawienia. Wątpliwości nie ulega, że do powstania tak znacznych zwężeń pola widzenia w wielu przypadkach pomaga histerya.

Jeżeli oczy nie są prawidłowe, lub przynajmniej okazują skłonność do pewnych schorzeń, do chorób często nawracających, jak pryszczykowe zapalenie spojówki i rogówki, (keratoconj. phlyctaenulosa), różne postacie zapalenia tęczówki, opryszczki na rogówce (herpes corneae) i t. p., to w pewnych przypadkach zdarza się, że nawroty, względnie zaostrzenia tych spraw chorobowych u dziewcząt i u kobiet przypadają co miesiąc w okresie peryodów, przybierają zatem niejako tor miesięczny, podobnie, jak te same lub niektóre inne choroby oczne w okolicach zimniczych, przybierają tor n. p. trzeciaczkowy. Z tego względu znaną jest zwłaszcza rwa nerwu trójdzielnego. Hassner opisał wraz z każdym peryodem powracające porażenie nerwu okoruchowego. Hirschberg ([9]) żółtaczkę połączoną z ksantopsyą. Trousseau ([25]) widział cały szereg nawrotów zapalenia tęczówki z ropniakiem przedniej komórki (iritis cum hypopyo), które powracały przy każdym peryodzie, a gdy chora przestała miesiączkować, zaszedłszy w ciążę, dalsze nawroty, względnie zaostrzenia występowały w tych samych okresach, w jakichby się miesiaczka powinna była pojawiać. Krwotoki w narządzie wzroku, czy to do pochewki nerwu wzrokowego, czy do ciała szklistego, czy siatkówkowe, czy jako hyphaema, czy podspojówkowe, czy wreszcie tak zwane łzy krwawe (Perlja) ([8]), mogą występować i powtarzać się w czasie peryodów w niektórych przypadkach, gdzie zachodzi ustanie miesiączkowania (suppressio mensium), nasuwa się uporczywie wobec podobnych krwotoków myśl o miesiączce zastępczej, tak często wspominanej, ale zawsze jeszcze niedowiedzionej.

Nie można zaprzeczyć, że przeróżne dolegliwości oczne, z jakiemi kobiety zgłaszają się do okulistów, mają częstokroć z peryodem związek tylko pośredni. Tak n. p. miesiączkowanie bolesne lub brak miesiączki mogą być następstwem ogólnych schorzeń ustroju, jak niedokrwistość, blednica, zołzy i t. d., a te same stany ogólne wywołują równorzędnie i zmiany w oczach. W takich razach bliższy związek oka z macicą zdradza się tylko miesięcznym torem pogorszeń lub zaostrzeń.

Tu wypada jeszcze podnieść rzecz interesującą, że mianowicie zamiast spodziewanego pogorszenia, zamiast przewidywanego zaostrzenia się przewlekłych spraw zapalnych oczu, jak: zapalenie spojówki, twardówki, tęczówki, jagodówki, spotykamy się czasem, ku naszemu zdziwieniu, z pewną poprawą, przynajmniej z poprawą pozorną. Stwierdzamy przedewszystkiem zblednięcie oka, spojówka z krwisto-czerwonej staje się blado-różową, nastrzyknięcie rzęskowe słabnie lub znika. Każdy laik uważa to za poprawę. I lekarz może uledz złudzeniu. W rzeczywistości chodzi tu tylko o zjawisko, dość często spostrzegane w stanach ostrej niedokrwistości. Po wielkich utratach krwi, przy ogólnej bladości powłok i błon śluzowych, nie dziw, że zbraknie krwi i na to przekrwienie zapalne w oku i sprawa zapalna pozornie przygasa. Tak i obfite krwawienie miesiączkowe może działać jako środek odwodzący, zupełnie jak pijawki, lub przystawienie ssawki Heurteloupa. Doświadczenie poucza jednak, że taki nieprzewidziany upust krwi, nie przynosi oku trwałej korzyści. Osłabienie ustroju, wywołane ostrą niedokrwistością, wnet pogarsza faktyczny stan choroby ocznej.

W przypadkach braku miesiączki, ustania miesiączki, wchodzi w grę, wedle zdania wielu autorów, wspomniane już wyżej miesiączkowanie zastępcze (menstr. vicaria), jako krwotok do pochewki nerwu wzrokowego (Abadie). Mooren (2) widział w przypadku miesiączki bolesnej (dysmennorhea) co miesiąc wracający skurcz akomodacyi. Napady tego skurczu ustąpiły dopiero po wyleczeniu zaburzeń miesiączkowych.

W okresie przekwitania zdarzają się szczególnie często krwotoki we wszystkich unaczynionych częściach oka. Jaskra, która jak wiadomo nieco częściej występuje u kobiet, niż u mężczyzn, wybucha zazwyczaj w wieku przejściowym, wyraźnie w związku z nawałami, na jakie kobiety cierpią w tym okresie. U wielu kobiet w okresie przekwitania pojawiają się też kępki żółte (xantelasma) na powiekach.

Tyle o miesiączkowaniu. Teraz pragnę przedstawić wpływ, jaki wedle naszych okulistycznych doświadczeń na oko matki wywiera ciąża, poród i połóg. Największy nacisk położyć musimy na oddziaływanie p o r o d u na stan narządu wzroku. Jasną bowiem jest rzeczą, że jeżeli już w czasie ciąży rozważamy niebezpieczeństwa, grożące któremukolwiek z ważnych narządów ciała, to zdajemy sobie sprawę z tego, że zagrażające niebezpieczeństwa dojdą do swego punktu kulminacyjnego najczęściej podczas samego porodu. Najczęściej, ale nie zawsze. Zdarzają się przypadki, gdzie już samo trwanie ciąży staje się zgubnem dla oka, gdzie zatem należy jak najbardziej się spieszyć z wywołaniem sztucznego poronienia.

Mając mówić o wpływie sprawy rodzenia na narząd wzroku, muszę na wstępie podnieść, że wpływ prawidłowej ciąży, prawidłowego porodu i połogu na prawidłowe oko jest minimalny. Z tem wszystkiem, mając przed sobą kobietę brzemienną, powinniśmy zwracać baczną uwagę na zachowanie się wszystkich narządów jej ciała, a więc także i na narząd wzroku, pomni trafnego zdania, że kobieta ciężarna kroczy miedzą między zdrowiem a chorobą, idzie samym krajem, samą granicą zdrowia. Jest zdrową, ale co krok czyha na nią niebezpieczeństwo, że wpadnie w chorobę. A zatem należy i w prawidłowej ciąży śledzić zachowanie się narządu wzrokowego i notować każdy choćby nieznaczny objaw. I tak zauważymy nieraz: Pewne zmiany zewnętrzne, jak lekkie podsinienie, jakby podkrojenie oczu, plamy barwikowe (chloasmata uterina), występujące na powiekach równolegle z silniejszą pigmentacyą brodawek piersiowych, linii białej i sromu, silniejsze czasem przekrwienie spojówek, lecz wszystko to są objawy bez poważnego znaczenia.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

O. J o s u e. **Uwagi w sprawie używania adrenaliny w lecznictwie.** (Presse médic. 1910, Nr 19). Nie należy adrenaliny wstrzykiwać ani do żył, ani do miąższu płucnego, ani do tchawicy, gdyż tą drogą u zwierząt wprowadzana wywołuje adrenalina ostry obrzęk płuc, a nawet śmierć, i to w dawkach względnie małych, a nadto i zmiany miażdżycowe w naczyniach, jeśli ją w małych dawkach, ale czas dłuższy wstrzykiwano. Wyjątkowo można spróbować wstrzyknięcia surowicy, zaprawionej adrenaliną, do żył w przypadkach grożącej śmierci z powodu wstrząsu, czy to urazowego, czy operacyjnego, lub z powodu osłabienia mięśnia sercowego, a to dla podtrzymania skurczów serca. Znacznie mniej trującą jest adrenalina wstrzykiwana pod skórę. W ten sposób wstrzykiwana zwierzętom, nie wywołuje ona żadnych zmian w naczyniach. J. zaleca wstrzykiwać pod skórę $^1/_2$, $^3/_4$ do 1 miligr. adrenaliny na dobę. W przypadkach osłabienia mięśnia sercowego w toku zakażeń najlepiej wstrzykiwać pod skórę surowicę, zaprawioną adrenaliną w stosunku takim, że 1 miligram adrenaliny przypadnie na $^1/_4$ do $^1/_2$ litra surowicy. Jeszcze mniej niebezpieczną jest adrenalina podawana wewnętrznie. Podaje się w zasadzie 1 miligr. na dobę, ale można bez obawy podawać i 2 miligr., a niektórzy, jak Netter, podawali dziennie do 5 mlgr. W każdym razie wskazanem jest podzielić daną ilość na dawki małe, często podawane, ze względu na to, że działanie tego leku jest przemijające. Co do tego, jak długo można bez obawy podawać adrenalinę, to powoli doszliśmy do przekonania (Leon Bernard), że i przez 2 lata, czy to przez usta, czy pod skórę, można stosować adrenalinę bez żadnych zaburzeń; chorego jednakże trzeba pilnie nadzorować i śledzić skutki takiego leczenia. Stahr.

P o s t n i k o w. **W sprawie leczenia suchot płucnych surowicą Marmorka.** (Prakt. Wracz 1910, Nr 4—7). P. stosował surowicę Marmorka w ciągu 2 lat i zebrał 40 spostrzeżeń. Zebrane przypadki dzieli na 3 kategorye: do pierwszej, — z zajęciem jednego płuca, należy 10 przypadków; do drugiej — z zajęciem obu płuc, należy 14 przypadków; do trzeciej — z zajęciem obu płuc, powikłanem zajęciem innych narządów, przeważnie krtani, należy 16 przypadków. Wszystkich chorych leczono tylko surowicą Marmorka, którą autor wstrzykiwał w ilości 5,0 co 2—3 dni pod skórę w okolicy X—XII kręgu piersiowego, a I—II lędźwiowego. Surowica pochodziła z pracowni samego Marmorka. Stosownie do wyników leczenia dzieli P. swoje przypadki na 3 grupy. Do pierwszej zalicza chorych, u których znikły laseczniki z plwociny, ewentualnie znikła plwocina i wszelkie objawy fizyczne; do tej grupy należało 7 osób z I. kategoryi i 7 z II. Do drugiej grupy należą chorzy, którzy uważają siebie za zdrowych, ale u których zmiany fizyczne w płucach są jeszcze zupełnie wyraźne, jednakowoż widoczne jest znaczne polepszenie. Do tej grupy należało 3 chorych z I. kategoryi, 7 z II., 5 — z III. Do trzeciej grupy

należą przypadki, w których leczenie nie wywarło żadnego dodatniego wpływu; należało tu 11 chorych z III. kategoryi. Z tej liczby 3 zostało przy życiu, 8 zmarło. Co się tyczy grupy drugiej, polepszenie było tak widoczne, że zdaniem P., gdyby ci chorzy odbyli jeszcze jeden okres takiego leczenia, to wyleczenie byłoby zupełne i trwałe.

Najwyraźniejszy był wpływ surowicy na odkrztuszanie plwociny. Chory, który po długich wysiłkach mógł wykrztusić zaledwo niewielką grudkę plwociny, po wstrzykiwaniach surowicy bardzo łatwo plwocinę wykrztuszał, a plwocina z ropnej przechodziła w śluzową; niekiedy plwocina zupełnie znikała. Przytem nie zauważył P. nigdy szkodliwego wpływu co do krwioplucia. P. wyraża przekonanie, że niewiara w skuteczność surowicy zniknie z czasem, a wstrzykiwania surowicy znajdą szerokie zastosowanie, przedewszystkiem w przypadkach świeżych, gdzie jeszcze może nastąpić wygojenie się sprawy gruźliczej.

L. Mańkowski.

O. Naegeli. **O nierozpoznawanych białaczkach.** (Corresp.-Blatt f. Schweiz. Aerzte 1910, Nr 3, str. 75. Spraw. z posiedz. Tow. lek. w Zurychu). N. spostrzegał chorego, liczącego lat 40, który chorował długie miesiące bez ustalonego rozpoznania. Codziennie zjawiała się u chorego gorączka, dochodząca 39° C., z obfitymi potami; stwierdzono postępujące chudnięcie i objawy charłactwa. Krew okazywała silną neutrofilną leukocytozę (20.000) i dlatego przypuszczano jakieś zakażenie, względnie ropienie w ustroju. Najskrupulatniejsze jednak badania nie pozwoliły na żadne ścisłe rozpoznanie. Po 6 miesiącach spostrzegania nabrali lekarze przekonania, że chory cierpi na ropień wątroby, ale przy operacyi (Prof. Krönlein) okazało się, że wątroba chorego jest zupełnie prawidłowa; w czasie zabiegu stwierdzono powiększenie gruczołów chłonnych zaotrzewnych. I ten fakt dopiero w połączeniu z całym szeregiem objawów klinicznych — poty, gorączka, chudnięcie, charłactwo, leukocytoza i odczyn dwuazowy — ustalił rozpoznanie: »złośliwy ziarniniak gruczołów chłonnych« (»lymphosarcoma« w rozumieniu Virchowa). Chory po operacyi dalej gorączkował i upadał na siłach i wszyscy lekarze już o wyleczeniu zwątpili. Otóż wtedy, kiedy zdawało się, że chory już wkrótce umrze, postanowił N. spróbować u chorego arsacetyny (atoxylum acetylicum 20 ctgr. na dzień, w 4 dawkach). Wychodził zaś z tego założenia, że skoro arsacetyna okazała się skuteczną wobec pasorzytów, to powinnaby również działać na ziarniniaki złośliwe, które N. uważa za sprawy zakaźne, wywołane nieznanym nam dotąd czynnikiem. Skutek tego leczenia był w istocie cudowny: po 2 dniach gorączka spadła i potem już nie powróciła, chory zaczął się krzepić na siłach, przytył (30 funtów w $2^1/_2$ miesiącach) i obecnie można go uważać za zupełnie uleczonego. Leukocytoza znikła zupełnie, a chory oświadcza, że się nigdy nie miał tak dobrze, jak obecnie.

Białaczkę uważa się powszechnie za chorobę łatwą do rozpoznania, objawiającą się wielkim obrzękiem śledziony, gruczołów chłonnych i typowym obrazem krwi. A mimo to jednak na 60 przypadków białaczki, które N. osobiście miał sposobność dotąd śledzić, poważna ilość przypadków nie dała się rozpoznać, szczególnie przypadków ostrych. Fakt ten tłómaczy się brakiem, w wielkiej liczbie przypadków, wszelkiego obrzęku śledziony i gruczołów i często nieznacznem tylko wzmożeniem się ilości ciałek białych we krwi. Dlatego należy zwrócić uwagę lekarzy na te przypadki, odmienne od klasycznego obrazu białaczki; często tylko zbiór wszystkich objawów klinicznych może wskazać na to cierpienie.

Od dawna już wiemy, że niektóre ostre białaczki kryją się pod obrazem skazy krwotocznej, przebiegając na ogół z wysoką gorączką i naśladując chorobę Weila, gnilec lub gwałtowną plamicę. W tych właśnie przypadkach białaczki nie spotykamy zwykle ani obrzęku śledziony, ani obrzęku gruczołów, ani leukocytozy. Jednakże uważne badanie krwi, a szczególnie wykrycie patologicznych odmian leukocytów utwierdza rozpoznanie. Inne znowu białaczki objawiają się zmianami wrzodniejącemi i zgorzelinowemi w jamie ustnej, często z równoczesną skazą moczanową (stomatitis ulceroso-gangraenosa). Zmiany te bez równoczesnego badania krwi rozpoznaje się często jako gnilec lub zapalenie wrzodniejące ust lub zapalenie migdałków zgorzelinowe, a czasem nawet jako ciężką błonicę. Obrzęk śledziony i gruczołów, jeśli jest, bywa nieznaczny, a obrzęk gruczołów karkowych nie zwraca wcale uwagi na białaczkę. Dopiero badanie krwi ułatwia rozpoznanie: i tu też często nie bezwzględna ilość leukocytów, ale ich rodzaj i stosunek rozstrzyga sprawę. Do trzeciej grupy należą białaczki, w których na pierwszy plan wysuwa się niedokrwistość i charłactwo i w których skaza krwotoczna zjawia się dopiero w okresie schyłkowym. Tu często bywa śledziona macalna, jednak nigdy nie bywa w tym stopniu powiększona, by naprowadzała na myśl białaczkę. W czwartej grupie nierozpoznanych białaczek znajdujemy obrzęk gruczołów chłonnych, ograniczający się do pewnych okolic (gruczołów karkowych lub śródpiersiowych), albo obrzęk śledziony, mniej lub więcej wyraźny, bez obrzęku gruczołów. W niektórych przypadkach tej grupy bywa krew, przynajmniej z początku, zupełnie prawidłowa, i dopiero później nabiera cech swoistych — czasami stale do końca mamy obraz »podbiałaczkowy«. — Wreszcie przytacza Naegeli kilka przypadków, w których białaczkę brano za zwykły przerost migdałka, i w których wycięcie migdałka wywołało ciężkie krwotoki. W innych znowu przypadkach ze względu na ostry, gorączkowy przebieg rozpoznawano dur brzuszny lub posocznicę, w dwóch przypadkach przypuszczano ze względu na obrzęk śledziony raka żołądka, w jeszcze innych gruźlicę, a wreszcie i ostre zapalenie otrzewnej.

Tylko dokładne spostrzeganie wszystkich objawów klinicznych i szczegółowy rozbiór krwi, oraz pamiętanie o powyższych objawach nietypowej białaczki ustalić mogą rozpoznanie.

Stahr.

L. Jacob. **Zakażenie ogólne prątkiem okrężnicy.** (Deut. Arch. f. klin. Med. 1909, T. 97, 3—4). Badania bakteryologiczne i kliniczne ostatnich lat wykryły cały szereg obrazów chorobowych, które powstają wskutek ogólnego zakażenia tym lub owym drobnoustrojem, a których przebieg odznacza się szczególnemi cechami. Przeważnie były to sprawy, wywołane przez paciorkowce i gronkowce. Mało natomiast ogłoszono przypadków ogólnego zakażenia prątkiem okrężnicy. A trzeba tu zaznaczyć, że w sporej liczbie przypadków takiego zakażenia stwierdzono obecność prątka okrężnicy dopiero we krwi dobytej ze zwłok, jest zaś faktem stwierdzonym, że po śmierci rozwija się ten drobnoustrój w zwłokach tak szybko, że go można znaleść we krwi zwłok, chociaż za życia na pewno nie było zakażenia ogólnego tym prątkiem. We wszystkich 13 przypadkach, opisanych przez J., stwierdzono obecność prątka okrężnicy we krwi za życia chorych, i to nieraz po kilka razy. Wrotami zakażenia były na te 13 przypadków trzy razy jelita, trzy razy drogi moczowe, trzy razy narządy rodne niewieście, a w jednym przypadku nie dało się na pewno stwierdzić, jaką drogą wtargnął prątek okrężnicy w głąb ustroju. Opierając się na spostrzeżeniach własnych, oraz niektórych, zebranych z piśmiennictwa, podnosi J. cechy dla tego zakażenia w obrazie klinicznym najznamienniejsze:

Między objawami ogólnymi pierwsze miejsce zajmuje gorączka. Ma ona tor zupełnie nieregularny; krzywą gorączkową przerywają często silne zwolnienia (remisye). W przeważnej części przypadków (60%) na początku choroby i na jej szczycie zjawiają się, nieraz bardzo często, dreszcze. U niektórych chorych bywa gorączka wcale nie wysoka, mimo znacznego nasilenia innych objawów chorobowych. Przy wyzdrowieniu gorączka zwolna stopniowo opada, co trwa kilka dni, aż wreszcie spada ciepłota do poziomu prawidłowego po lekkich wieczornych wahaniach.

Najczęściej da się we krwi stwierdzić przybytek leukocytów, czasem zaś ilość ich pozostaje prawidłową, lub nawet nieco opada. W tym zatem względzie krew w omawianem zakażeniu zachowuje się zupełnie inaczej, jak w durze, a podobnie do zakażeń, wywołanych bakteryami ropnemi. Stan leukocytów nie daje żadnych wskazówek prognostycznych, bo chociaż hyperleukocytoza daje zwykle złe rokowanie, to jednakże zdarzają się i przypadki z prawidłową ilością leukocytów, kończące się śmiercią, a nadto ropnie około wyrostka na tle zakażenia prątkiem okrężnicy przebiegają z hyperleukocytozą, a kończą się pomyślnie. Zaburzenia w skórze bywają rzadkie, tylko opryszczki na wargach zdarzają się dość często. Przerzuty, dość częste w innych zakażeniach ogólnych, czy gronkowcem, czy to paciorkowcem, czy dwoinką zapalenia płuc, są w zakażeniu prątkiem okrężnicy bardzo rzadkiem zjawiskiem; stwierdzono je tu tylko 11 razy na 49 przypadków, co stanowi $22^{1}/_{2}\%$, natomiast stosunek ten wynosi 25% w zakażeniach ogólnych dwoinką Fränkla, 35% w zakażeniach paciorkowcem, a $92{\cdot}7\%$ w zakażeniach gronkowcem. Najczęściej dotknięte bywa wsierdzie, potem idą: śledziona, nerka, wątroba, płuca, a wreszcie opony mózgowe; raz znaleziono przerzut w tarczycy. Śmiertelność we własnych autora spostrzeżeniach wynosiła 50% (6:12 przypadków, trzynasty chory opuścił szpital nieuleczony). Wogóle na 49 spostrzeganych dotąd przypadków było 33 zejść śmiertelnych, coby stanowiło $67{\cdot}2\%$ śmiertelności. Jednakże liczba ta zdaje się mocno wygórowaną, bo rozpoznanie ogólnego zakażenia prątkiem okrężnicy często opierano na pośmiertnem badaniu krwi i narządów, co nie daje dla tego właśnie rozpoznania wcale pewnych podstaw. Przy uwzględnieniu wyłącznie rozpoznań, ustalonych za życia chorego, spadnie liczba ta z $67{\cdot}2\%$ na $40{\cdot}5\%$. Z innych zakażeń ogólnych wynosi śmiertelność średnio $51{\cdot}7\%$ przy dwoince Fränklowskiej, około 83% przy paciorkowcu, a $88{\cdot}2\%$ przy gronkowcu. Zakażenie więc ogólne prątkiem okrężnicy daje pod tym względem lepsze rokowanie. Domyślać się można zakażenia prątkiem okrężnicy w przypadkach, w których gorączka przebiega bardzo nieregularnie, w których stwierdzamy leukocytozę, gdzie wrotami zakażenia są pewne narządy (jelito, drogi moczowe górne) i gdzie sprawa ma skłonność do ograniczenia się. Na pewno jednakże rozpoznawać możemy to zakażenie tylko przy pomocy hodowli, wykonanych ze krwi żywej. Prątek okrężnicy łatwo wyrasta na pożywkach zaprawionych żółcią. Stahr.

Mołodenkow. **Główne cechy epidemii czerwonki w Moskwie w r. 1909. Przyczynek do sprawy odmian zarazka.** (Med. Obozr. 1910, Nr 1). Najnowsze badania wskazują, że przyczyną czerwonki nie jest już jedna jakaś postać bakteryi (Shiga-Krusego, lub Flexnera i t. p.), ale że każdy taki szczep dzieli się na kilka odrębnych odmian. Surowica, otrzymana zapomocą jednej odmiany, nie działa leczniczo w przypadkach zakażenia odmianą drugą. Wobec trudności, jakie przedstawia wyodrębnienie odmian ze szczepu, zaczęto ostatniemi czasy wytwarzać surowice wielowartościowe. Sprawa rozmaitości odmian związana jest także ze sprawą różnic w przebiegu klinicznym choroby. Autor zebrał w Morozowskim szpitalu dla dzieci 145 przypadków czerwonki. W tej liczbie w 50 przypadkach udało mu się wyodrębnić zarazki. Należały one do szczepu Shiga-Krusego, i to w 42 przypadkach do pierwszej jego odmiany, (która rozszczepia tylko cukier gronowy), w 7 przypadkach do drugiej odmiany (rozszczepiającej cukier gronowy i mannit), a w 1 przypadku do czwartej odmiany (rozszczepiającej cukier gronowy, mannit, sacharozę, maltozę i dekstrynę).

Zastanawiając się nad przebiegiem klinicznym spostrzeganych przypadków, zaznacza M., że najwięcej ciężkich przypadków wywołała odmiana pierwsza: 17%; inne zaś odmiany 12%. Również i śmiertelność była wyższa przy odmianie pierwszej: 32%, gdy odmiana druga dała 28%. Jednakowoż trzeba mieć, zdaniem autora, na względzie i to, że liczba spostrzeganych przypadków nie była wielka. W obrazie klinicznym nie spostrzegł M. zresztą nic charakterystycznego dla tej lub innej odmiany zarazka.

Surowica wielowartościowa, wyrabiana w zakładzie bakteryologicznym Uniwersytetu moskiewskiego, nie dała żadnych widocznych wyników. W końcu opisuje M. dokładnie sposób, jakiego używał do otrzymania czystych hodowli zarazka. L. Mańkowski.

Neurologia i psychiatrya.

Claude i Blanchetière. **Zaburzenia w odżywianiu w chorobach układu nerwowego.** (Journ. de phys. et path. gen. 1909. Nr 1. Str. 42 i 92). Autorowie prowadzą swe badania już od kilku lat. Omówiwszy ogólne warunki, w jakich badania przeprowadzano: dyetę, ilościową analizę wchłaniania i wydzielania substancyi mineralnych i azotowych, podają autorowie szczegółowe opisy badań i zestawiają ich wyniki w 2 tablicach. C. i B. zbadali 22 chorych, w tej liczbie było 7 przypadków padaczki, 2 histeryi, 2 psychastenii, 2 tężyczki, 3 myastenii, 1 nowotwór mózgu, 4 rozmaitych stanów obłędowych (états dementiels), 1 obfite moczenie nerwowe (polyuria nervosa).

Wyniki badań są następujące: W chorobach napadowych istnieją stałe zaburzenia w odżywianiu, które jednak są silniej zaznaczone w czasie napadów i zdają się z nimi ściśle związane. Ilość wprowadzonych do ustroju chlorków wywiera wybitny wpływ. Zmniejszenie ilości chlorków wywołuje nadmierne ich wydalanie, zwiększenie — zatrzymanie ich w ustroju; w tym drugim przypadku bilans azotowy zmniejsza się. W wielu przypadkach, gdy bilans azotowy był blizki jednostki, wskaźnik azoturyczny był silnie zmniejszony, to znaczy, że azot był wydalany nie w ostatecznej swej postaci — mocznika, ale w jakiemkolwiek innem połączeniu.

Na podstawie swych badań dochodzą autorowie do przekonania, że w chorobach układu nerwowego stwierdza ściśle przeprowadzone badanie moczu — stałe zaburzenia w odżywianiu (niedostateczność wchłaniania lub niedostateczność spożytkowania). Histerya należy do rzędu chorób, w których braki te najłatwiej się wyrównują; należałoby ją więc uważać raczej za pewien stan konstytucyonalny, niż za schorzenie układu nerwowego. Autorowie podkreślają jeszcze, że zaburzenia w sferze wymiany soli mineralnych były daleko większe, niż w sferze wymiany azotowej i wyrażają przekonanie, że dalsze badania w tym kierunku może wyjaśnią niektóre ciemne strony fizyologii patologicznej układu nerwowego. L. Mańkowski.

Cziż. **Przyczynek do nauki o neurastenii.** (Wracz. Gaz. 1910. Nr 1, 2, 4—7, 9). Od czasu, gdy neurastenia została wyodrębniona przez Bearda, jako oddzielna jednostka kliniczna, obszar jej zwiększa się coraz bardziej; różni autorowie opisują coraz więcej objawów neurastenicznych. Wskutek tego jednak poczęto przypisywać neurastenii wszystko, co było niejasne, niepewne, a nie dawało się odnieść do innej, ściślej określonej jednostki chorobowej.

Zdaniem autora, nauka o neurastenii musi być na nowo opracowana. Droga, po której nauka ta szła dotychczas, jest nieprawidłowa, gdyż pomijano mądrą zasadę Bacona »vere scire est per causas scire«. Zdaniem Cz. prawdziwa neurastenia jest konstytucyonalną i wrodzoną i według jego spostrzeżeń należy do rzadkich. Powstaje ona bez żadnych widocznych przyczyn w okresie dojrzałości płciowej. Autor przestrzega przed nadużywaniem rozpoznania neurastenii płciowej. a także przed zaliczaniem do neurasteników osób o nastroju śledzienniczym. Jako profesor uniwersytetu w Dorpacie miał Cz. sposobność spostrzegać neurastenię u Rosyan, Żydów, Estończyków, Łotyszów i Niemców. Neurasteników spotykał daleko częściej, niż neurasteniczki. Neurastenia rozwija się we wcześniejszym lub późniejszym wieku, stosownie do wystąpienia okresu dojrzałości płciowej. Sprawa wpływu narodowości jest jednak jeszcze sporną i zasługiwałaby na opracowanie od-

dzielne. Cz. odrzuca na podstawie własnego doświadczenia wpływ sposobu życia i zajęcia i podkreśla następnie, że nigdy nie spotykał prawdziwej neurastenii po 25—28. roku życia. Później mogą powstawać stany, podobne do neurastenicznych, jednakowoż jest to neurastenia rzekoma (neurasthenia spuria lub pseudoneurasthenia). Autor opisuje 3 odrębne postacie neurastenii rzekomej: 1) na tle »coitus reservatus«, 2) na tle stwardnienia tętnic u osób 50—60-letnich, 3) u osób dobrze odżywionych w wieku 40—50 lat w zależności od zaburzeń w wymianie materyi. Bezwątpienia mogą być jeszcze i inne postacie neurastenii rzekomej, ale Cz. podkreśla, że nigdy nie spostrzegał neurastenii z powodu przeciążenia pracą umysłową i bardzo sceptycznie zapatruje się na taką etyologię.

W końcu zachęca Cz. lekarzy do ściślejszego badania oddzielnych postaci neurastenii i neurastenii rzekomej, gdyż tylko na tej drodze można będzie wyjaśnić zawiłą sprawę etyologii stanów neurastenicznych i zastosować następnie racyonalne leczenie. L. Mańkowski.

Claude i Lejonne. 1) **Zmiany mózgu, wywołane doświadczalnie po podrażnieniu opon mózgowych** (C. R. de la Soc. de Biol. 1909. str. 541). 2) **W sprawie patogenezy napadów padaczkowych** (ibidem, 1910. str. 138). Wiadomo, że w wielu przypadkach zapalenia, ograniczonego napozór tylko do opon mózgowych, istnieją także zmiany komórek i włókien nerwowych. Takie zajęcie właściwej tkanki mózgu okazuje się w przyszłości daleko poważniejszem w skutkach, niż można było myśleć. Autorowie postanowili wywoływać aseptycznie miejscowe podrażnienie opon mózgowych i badać, o ile tkanka samego mózgu będzie na to oddziaływać. Podrażnienie opon osiągali zapomocą wstrzykiwań rozczynu chlorku cynku 1:500 pod oponę twardą. Doświadczenia robiono na psach. Wstrzykiwania wywoływały silne podrażnienie opon, któremu towarzyszyły zmiany samej substancyi mózgowej pod miejscem podrażnienia (przekrwienie, wybroczyny, rozmiękanie). Użyte do doświadczeń zwierzęta miały w ciągu kilku dni po doświadczeniu napady drgawek, poczem zazwyczaj przychodziły do zdrowia. Niektóre z tych zwierząt, które pozostały przy życiu, poddawali autorowie działaniu środków, wywołujących drgawki. Mianowicie jednym zwierzętom podawano absynt w ilości 1—6 łyżek dziennie, innym siarczan strychniny (rozczyn 1:10000) w ilości 1—7½ miligrm. (u psów o wadze 20 kilogr.). Równolegle podawano te środki i psom zdrowym. Na podawanie absyntu ani zdrowe, ani chore zwierzęta nie oddziaływały wcale. Natomiast siarczan strychniny wywoływał u psów chorych typowe napady drgawek padaczkowych, na zdrowe zaś psy żadnego wpływu nie wywierał. Autorowie wnoszą z faktów powyższych, że zwierzęta ze zmianami mózgowo-oponowemi są czulsze na działanie środków, wywołujących drgawki, niż zwierzęta zdrowe. L. Mańkowski.

E. Nathan. **O kojarzeniach u głupkowatych** (imbecil.) **i ich wartości rozpoznawczej**. (Klinik. f. psych. u. nerv. Krankh. T. IV. Z. 4). N. badał 8 głupkowatych w wieku od 9—18 lat podług rozmaitych metod, uważając, iż jedna metoda nie daje zupełnie pewnych wyników. Aby uniknąć uprzedzeń, co zdaniem N. ma znaczenie, badano chorych przed zaznajomieniem się z ich historyami chorób. Wyniki następujące: średni czas odczynu 3800 σ (o 1600 σ większy od prawidłowego), symetryczne kojarzenia przeważały, stanowiąc 75%, formalnych kojarzeń 45·6%, stereotypia dochodzi do 7%, często kojarzenia bezmyślne. Za przedmiotowe objawy, podlegające badaniu, na zasadzie których można rozpoznać głupkowatość, uważa N.: a) przedłużenie czasu odczynu, b) wzrost kojarzeń symetrycznych, c) wzrost kojarzeń formalnych, d) częstsze ujawnienie się stereotypii, e) częste kojarzenia bezmyślne, f) częste stwarzanie błędnych słów i wyrazów, g) fantastyczną grę słów. Za prawdopodobne tło psychologiczne tych objawów uważa N.: a) intellektualną słabość, b) niedostateczną zdolność skupiania się, c) wzmożoną fantastyczność. Właśnie eretyczne formy głupkowatości wykazują jeszcze pewne cechy, które obok upośledzenia umysłowego, pozwalają przypuszczać daleko idące zaburzenia spostrzegawczości. J. Bednarz.

Lepine. **Nukleinian sodu, a leukoterapia w chorobach umysłowych.** (Presse méd. 1910. Nr 9). Autor opisuje wyniki leczenia rozmaitych chorób umysłowych zapomocą wstrzykiwań nukleinianu sodu. Wszystkich spostrzeżeń zebrał L. 71, w tej liczbie było 13 przypadków otępienia przedwczesnego, 13 psychozy maniakalno-depresywnej, 17 porażenia postępującego, 4 padaczki, 8 bezmysłu (amentia, confusion mentale), 3 otępienia (dementia), 13 obłędów (délires). Wyzdrowień było 16, znaczne polepszenie nastąpiło w 6 przypadkach, lekkie polepszenie w 10. Żadnego wpływu leczenie nie wywarło w 30, pogorszenie nastąpiło w 6, śmierć w 3 przypadkach. L. jest bardzo zadowolony z wyników i uważa je za nieoczekiwane i świetne.

Co się tyczy rozmaitych postaci chorobowych, to w porażeniu postępującem nie wywarły wstrzykiwania nukleinianu sodu żadnego dodatniego wpływu; było nawet 5 pogorszeń i 1 śmierć. Bezskutecznemi okazały się wstrzykiwania również i w padaczce, mało zaś skutecznemi w otępieniu przedwczesnem. Wybitnie dodatni wpływ wywarły wstrzykiwania w przypadkach psychozy maniakalno-depresywnej, gdyż tylko w 2 przypadkach leczenie pozostało bez skutku. L. używał 2%—5% rozczynu nukleinianu. Jednorazowa dawka wynosiła 0·40—0·50. Ilość wstrzykiwań (pod skórę) była bardzo rozmaita; wstrzykiwania wykonywano z kilkudniowemi przerwami. Wpływ fizyczny polegał na podniesieniu ciepłoty do 39°—40°, zwiększeniu parcia w tętnicach, hyperleukocytozie, która zaczynała się mniej więcej po 4 godzinach po wstrzyknięciu, dochodziła szczytu po 30 godzinach i trwała 3—6 dni. Przytem stale zwiększała się ilość krwinek białych wielojądrzastych. Co się tyczy wpływu na psychikę, to chory stawał się spokojniejszym i odzyskiwał świadomość. Polepszenie występowało czasami już po jednem wstrzyknięciu. L. Mańkowski.

Dufour i Cottemot. **Wymioty niepowściągłe u ciężarnych i stosunek ich do zmian w układzie nerwowym.** (Revue neurol. 1910. Nr 3). Etyologia wymiotów u ciężarnych jest dotychczas nadzwyczaj ciemna. Gdy jedni poszukują przyczyny tego objawu w macicy ciężarnej, inni upatrują ją w nieprawidłowej czynności już to wątroby, już to nerek, tarczycy, jajników i t. d. Ze strony układu nerwowego podkreślają znaczenie histeryi.

Badając stan układu nerwowego u swoich chorych, znajdowali autorowie u jednych objawy wiądu rdzenia, u drugich — zapalenie nerwów obwodowe. Autorowie opisują obszernie 2 własne spostrzeżenia i 4 zaczerpnięte z piśmiennictwa, w których wiąd rdzenia (postać poronna) właśnie zdaje się być przyczyną nieustających wymiotów. Ciąża zaś tylko o tyle miała znaczenie, że wywołała w tych postaciach poronnych wiądu przełomy żołądkowe (crises gastricae) i nadała im niezwykłą siłę. W przypadkach tych wiąd rdzenia był chorobą utajoną, a wymioty pierwszym jej objawem klinicznym. Następnie dodają autorowie do 11 spostrzeżeń Puyo, gdzie przyczyną wymiotów były zapalenia nerwów obwodowych, dokładny opis 1 własnego przypadku, w którym było zapalenie nerwu błędnego. Rokowanie w przypadkach, połączonych z zapaleniami nerwów obwodowych, jest nieszczególne. Zwykle lekarz zmuszony bywa uciec się do wywołania poronienia. Autorowie podkreślają łączność wymiotów niepowściągłych ze zmianami w nerwach i sądzą, że w przypadkach niepowściągłych wymiotów u kobiet ciężarnych wskazane jest badanie układu nerwowego.

L. Mańkowski.

Pedyatrya.

A. Bergeron. **Rozpoznawanie gruźlicy przez związanie dopełniacza sposobem Marmorka.** (Presse méd. 1910. Nr 1). Według Marmorka w przebiegu gruźlicy czynnej, jady gruźlicze, krążące w krwi, dostają się do moczu. Wprowadzając w odczyn mocz taki z surowicą, zawierającą

ciała ochronne właściwe, po dodaniu świeżej surowicy świnki morskiej (dopełniacz), otrzymamy zamknięcie (zobojętnienie) danego układu. Jako wskaźnika używa się układu hemolitycznego: krwinek czerwonych barana i nieczynnej surowicy królika, uodpornionego przeciw krwinkom barana. Jeśli mocz zawiera jady gruźlicze, hemoliza nie następuje.

Przeprowadzając w ten sposób badania, otrzymał B. wyniki dodatnie prawie w 95% przypadków, w których gruźlicę czynną stwierdzono innymi sposobami klinicznego badania. Bujak.

Ch. Mantoux. **Odczyn śródskórny na tuberkulinę.** (Presse méd. 1910. Nr 2). Autor wstrzykuje w sam miąższ skóry właściwej 0·01 mlgr. tuberkuliny z 0·5% stowainy. W przypadkach odczynu dodatniego już po kilku godzinach tworzy się naciek, dosięgający szczytu nasilenia w 48 godzinach i wtedy tworzy guzek różowy, niekiedy biały, otoczony obwódką zapalną. Odczyn ten jest czulszy, niż sposób Pirqueta, gdyż wykrywa obecność gruźlicy jeszcze w 12% tych przypadków, gdzie szczepienie naskórne dało wynik ujemny. Wogóle z osób, nie okazujących żadnych zmian gruźliczych, dających się stwierdzić klinicznie, przeszło 80% oddziaływa dodatnio na szczepienie śródskórne. Bujak.

A. B. Marfan. **Krzywica i gruźlica.** (Presse méd. 1910. Nr 16). Okoliczność, że krzywica występuje także u dzieci karmionych piersią, wskazuje na istnienie innych jeszcze przyczyn powstawania krzywicy, oprócz zaburzeń odżywiania. Z drugiej strony na podstawie swych badań histologicznych doszedł autor do poglądu, iż krzywica powstaje skutkiem nadmiernej czynności szpiku kostnego, do czego przyłączają się zmiany innych narządów krwiotwórczych: gruczołów limfatycznych, migdałków i śledziony. Widocznie narząd krwiotwórczy w okresie najsilniejszej czynności łatwo ulega podrażnieniu przez różne zatrucia i zakażenia: więc w pierwszym rzędzie zatrucia z przewodu pokarmowego, zakażenie przymiotowe, zapalenia płuc odoskrzelowe przewlekłe lub nawrotowe, ropienia skórne; gdzie zaś w wywiadach braknie którego z wymienionych czynników, tam zwykle da się wykazać obecność gruźlicy, nabytej od rodziców, —, według autora w 25% krzywicy.

Krzywica, wywołana obecnością gruźlicy, powstaje późno (z końcem 1-go lub w 2-gim roku życia), ponieważ ognisko gruźlicze musi się rozwinąć do pewnego stopnia, zanim wywoła odczyn ogólny w postaci zadrażnienia tkanek krwiotwórczych. Tam, gdzie gruźlica wywołała ogólne charłactwo, zmiany krzywicze silnie rozwinąć się nie mogą, bo wyczerpany ustrój nie jest zdolny do odczynu ochronnego; gdzie zaś gruźlica objawia się tylko odczynem skórnym na szczepienie tuberkuliną, tam zmiany krzywicze dosięgają znacznych rozmiarów. Bujak.

E. Apert. **Plama niebieska wrodzona** (mongolska). (Presse méd. 1910. Nr 25). U noworodków niektórych ludów wschodnich rasy żółtej spotyka się prawie stale w okolicy krzyżów plamę niebieską, wielkości guldena, która z wiekiem traci na sile zabarwienia, a około 8—10 r. życia ginie. Zmianę tę spotyka się wyjątkowo także u rasy białej. Plamy te powstają skutkiem nagromadzenia się barwika czarnego w komórkach wrzecionowatych lub gwiazdkowatych, leżących poniżej warstwy brodawkowej skóry. Autor spostrzegał 2 takie przypadki u dzieci czystej rasy białej. Bujak.

D'Oelsnitz. **Objawy kliniczne przerostu grasicy.** (Presse méd. 1910. Nr 29). Autor zestawia różne objawy przerostu grasicy z piśmiennictwa i z własnych spostrzeżeń. I tak: duszność, wywołana przerostem grasicy, powiększa się — w odróżnieniu od innych postaci duszności — w położeniu na wznak i przy przechyleniu głowy w tył: mostek występuje ku przodowi, wymiar poprzeczny klatki piersiowej maleje, otwór zaś dolny klatki piersiowej rozszerza się. Napady duszności pojawiają się nagle, najczęściej w nocy. Silny, a zwłaszcza długo się utrzymujący kurcz głośni, wzbudza zawsze przypuszczenie przerostu grasicy. Świst wrodzony w pewnej części przypadków jest wywołany — według autora — przerostem grasicy. Wszystkim wspomnianym zmianom mogą towarzyszyć wzniesienia ciepłoty, ponieważ w przebiegu zakażeń ogólnych zwykle zaostrzają się objawy, zależne od przerostu grasicy. Twarz dzieci, dotkniętych przerostem grasicy, okazuje tępotę i pewien stopień sinicy; nabrzmienie żył szyjnych występuje głównie w czasie napadów duszności. Niekiedy istnieje nieumiarowe wypuklenie okolicy rękojeści mostka i chrząstek 2 górnych żeber, zwykle po prawej stronie; wobec silnie rozwiniętej podściółki tłuszczowej zmianę tę lepiej stwierdza się dotykiem, niż wzrokiem; w miejscu wypuklenia istnieje zwykle przytłumienie odgłosu opukowego, którego szerokość dochodzi 6—8 cm. Charakterystycznem ma być znikanie świstu wdechowego pod wpływem ucisku palcem na dołek nadmostkowy. Osłuchując okolicę rękojeści mostka, można zauważyć szmer żylny, wzmagający się przy przechyleniu głowy w tył, objaw ten ma jednak wartość rozpoznawczą dla omawianego cierpienia tylko wtedy, jeśli można wyłączyć przerost gruczołów okołooskrzelowych i tchawiczych. Bujak.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

(Choroby skórne).

Leczenie cierpień skórnych śniegiem bezwodnika kwasu węglowego poleca bardzo gorąco Zweig; nadaje się ono zwłaszcza w następujących sprawach: plamy barwikowe, naczyniaki, toczeń i gruźlica skóry, liszaj rumieniowy i raki skórne. (Münch. med. Wochs. 1900, Nr 32). A.

Łukowe światło niebieskie stosuje od lat kilku Moser z bardzo dobrym skutkiem w sprawach ropnych i chorobach skórnych. (Med. Klinik 1909, Nr 42). A.

Eucerin jako zaprawę maści poleca gorąco Philippi. Środek ten jest wazeliną, której przez dodatek t. zw. alkoholu II c nadano własność przyjmowania wody aż do 200%; wskutek tego można na eucerynie przyrządzać maści n. p. z octanem glinu lub ołowiu, ichtyolem i t. p. Euceryna »zwykła« jest biała, a »bezwodna« żółtawa; obie nie mają woni i nie rozkładają się. (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 35). A.

Robotnicy w fabrykach cementu zapadają często na ostre zapalenia skóry, powstałe przez dostawanie się drobnego pyłu w pory skóry. Zapobiegać temu należy przez kąpiele i energiczne zmywania ciała zaraz po pracy. (Zft. f. Gewerbhyg. 1909, Nr 13). A.

Nadmierne pocenie się leczyć można podług Gersona w następujący prosty sposób: Pończochy lub skarpetki macza się w 10% roztworze (40%) formaliny w alkoholu, wykręca i wysusza. Formalina przytem ściśle materye impregnuje. Skarpetki takie chory zmienia 3 razy na tydzień. Pocenie się rąk leczy się noszeniem rękawiczek, impregnowanych podobnie 5% formaliną alkoholową z dodatkiem wody kolońskiej. Również impregnować można i koszule n. p. przy ogólnem poceniu się chorych, dla turystów i t. p. (Med. Klinik 1909, Nr 34). A.

Znamiona wszelkiego rodzaju leczy Morton skutecznie zamrażaniem śniegiem bezwodnika kwasu węglowego. Działanie przez 40 sekund, potem opatrunek z maści borowej. Leczenie to stosuje M. także przy zapaleniu skóry rentgenowskiem, toczniu, brodawkach i t. p. (Lancet 1909, 4. XII.). K.

Naczyniaki (znamiona, płomienie) poleca Schmidt leczyć promieniami Röntgena. Pamiętać jednak należy o tem, że po tem leczeniu (podobnie, jak i po radzie) pozostać mogą plamy barwikowe. Stosuje się zwykle 4—6 dawek zapal-

nych (Erythemdosis) w odpowiednich odstępach czasu. Płaskie naczyniaki znikają zupełnie bez blizny. (Deutsche med. Wochs. 1909. Nr 52). K.

Chlorek etylu na brodawki poleca Budinger (Münch. med. Wochs. 1909, 14. VIII.) Zamraża je prądem chlorku etylowego przez minutę co drugi dzień. Bardzo ponad skórę wystające obcina wprzód nożyczkami. E. S.

Chlorek wapna przeciw róży zaleca Prof. K. Bohland z Bonn w postaci $5^0/_0$ maści. Na drugi, najdalej trzeci dzień spada ciepłota do poziomu prawidłowego. Powikłań nie zauważył autor nigdy. E. S.

Przeciwko odleżynie polecają puder: Rp. Dermatol. 10,0, Stovaini. hydrochl. 2,0, Benzoës pulv. 5.0, Amyl. 20,0, Mf. pulv. (Rif. med. 1909, S. 1115). A.

Nerwowe swędzenie skóry leczy Schmidt naświetlaniem rentgenowskiem, stosując co 14 dni $^1/_2$ E. D. (Erythemdosis). (Berl. klin. Wochs. 1909, Nr 37). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 20. kwietnia 1910.

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz. Obecnych członków 20.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prof. Kader przedstawia: a) chorego, u którego dokonał **wyłuszczenia krtani** z częścią przełyku **z powodu raka,** rozpoznanego w klinice laryngologicznej; b) przypadek **padaczki Jacksona,** w którym, mimo usunięcia odpowiednich ośrodków psychomotorycznych i następowego porażenia połowiczego, napady nie ustąpiły.

3) Przewodniczący poświęca żałobne wspomnienie ś. p. kol. J. Staniszewskiemu, którego pamięć uczczono przez powstanie.

4) Przewodniczący odczytuje pismo Prezesa krakowskiego Towarzystwa technicznego, r. dw. Horoszkiewicza, zapraszające członków Tow. lek. krak. do wzięcia udziału w posiedzeniu wspólnem obu Towarzystw dn. 22. kwietnia, celem omówienia planów regulacyjnych Wielkiego Krakowa.

5) Kol. Frączkiewicz wygłasza wykład: **Dalsze badania nad ksantotropiną (gryseryną) w leczeniu gruźlicy.**

Dyskusyi nie było.

6) Uzupełnienie do protokółu posiedzenia z d. 16. III. 1910: »Kol. Koźniewski w odpowiedzi kol. Eisenbergowi, podnoszącemu, że związkom lipoido-białkowym nie trzeba przypisywać charakteru połączeń chemicznych, że raczej uważać je można za połączenia natury adsorbcyjnej albo za mieszaniny nakształt pianki, zaznaczył, że tembardziej takie nieokreślone, nie »wytworzone« pojęcia w tłómaczeniu zjawisk biochemicznych pomódz nie mogą. Biologia bez nich na razie obywa się (J. Lach: Die chemische Entwicklungserregung des tierieschen Eies. str. 92, str. 148). Na określenie zaś tych związków jako pianki, mowca zgadza się w zupełności, ale w takim razie jest to powrót w granice morfologii, do określeń Bütschliego. Właśnie o to chodzi, żeby nie wkraczać w dziedzinę pojęć i określeń chemicznych bez danych doświadczalnych. Co się tyczy autorów, przytoczonych przez kol. Eisenberga, to mówią oni o osłonce z ciał lipoidalnych (powszechnie znane prace Overtona, przeciwko którym niedawno wystąpił Ruhland w Jahrb. f. wissensch. Bot. 1907, str. 1. oraz Ber. d. deutsch. bot. Ges. XXVI. str. 772), albo o zawiesinie ciał białkowych z lipoidami (Hans Meyer: Sprawozdania z VII zjazdu chemiczn. w Londynie), albo też badając rozmaite lipoidy, jak Fraenkel w szeregu pięknych prac chemicznych, nie wdają się bynajmniej w przedwczesne roztrząsania, a nawet ostrzegają przed niemi (Gehirn-Chemie. Ergebnisse der Physiologie VIII. tom, str. 251). Pozostali autorowie również nic istotnego w tej sprawie nie podają«. (Streszczenie wł.).

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 5. stycznia 1910.

Przewodniczący kol. K. Jasiński. Sekretarz E. Sonnenberg.

1) Po przeczytaniu sprawozdania z działalności Towarzystwa za r. 1909 przez sekretarzy, skarbnika i bibliotekarzy, przystąpiono do rozpatrzenia wniosków komisyi, wybranej w d. 22. XII. 1910, w celu przejrzenia regulaminu Towarzystwa.

2) Przyjęte po ożywionej dyskusyi zmiany dotyczą przedewszystkiem art. 1, 2, 3, 23 i 60, omawiających przyjmowanie nowych członków, stosowanie pewnych obostrzeń względem członków zalegających z wkładką, oraz załatwianie spraw administracyjnych Towarzystwa.

3) Po omówieniu i uchwaleniu zmian w regulaminie przystąpiono do wyborów członków Zarządu na r. 1910. Na przewodniczącego wyborom wybrano kol. Pinkusa, który na asesorów zaprosił kolegów: K. Brzozowskiego, Rosenthala, a na sekretarza kol. W. Jasińskiego.

Sekretarzem stałym wybrano kol. K. Jasińskiego.

Prezesem wybrano kol. Kruschego, wiceprezesem kol. Sterlinga, sekretarzem I. kol. Sonnenberga, sekretarzem II. kol. Tomaszewskiego, skarbnikiem Littauera, bibliotekarzem I. kol. Prechnera, bibliotekarzem II. W. Jasińskiego.

4) Członkami sądu przy Tow. lekarskiem wybrano kolegów: K. Jasińskiego, Sterlinga, Grabowskiego, Pinkusa i Perlisa.

5) Do komisyi bibliotecznej przez aklamacyę wybrano kol.: M. Cohna, Goldmana i Trenknera.

6) Do komisyi rewizyjnej również przez aklamacyę wybrano kol.: Wisłockiego, Likiernika i Pańskiego.

7) W końcu posiedzenia balotowano kolegów: Łuniewskiego (z Warty) i kol. Garlicką. Na 25 głosujących kol. Garlicką przyjęto 25 głosami, kol. Łuniewskiego 24; jeden członek wstrzymał się od głosowania.

Posiedzenie z d. 19. stycznia 1910.

Przewodniczący kol. Krusche; sekretarz: Sonnenberg.

1) Na początku posiedzenia balotowano kol. S. Lewinsona. Kol. L. został przyjęty w poczet członków Towarzystwa 14 głosami, 4 kolegów wstrzymało się od głosowania.

2) Przeczytano list kol. Pinkusa do Zarządu; w liście kol. P., wybrany w d. 5 b. m. na członka sądu przy Towarzystwie lekarskiem, zrzeka się mandatu. Postanowiono wobec zrzeczenia się kol. P. dokonać wyboru jednego członka sądu na następnem posiedzeniu.

3) Kol. W. Jasiński wygłosił z ramienia sekcyi pedyatrycznej odczyt p. t.: **O drgawkach u dzieci.**

Zaznaczywszy znaczną ogólnie częstość drgawek u dzieci, J. zwraca uwagę na zbytnie lekceważenie przez ogół i lekarzy drgawek, które nie pozostawiają po sobie widocznych śladów w postaci porażeń lub t. p. zmian wtórnych. Omówiwszy następnie w krótkości teorye Soltmana, Kassowitza i Baumera, przeszedł J. do przytoczenia klasyfikacyi drgawek (według przyczyn), różnej u różnych badaczy. Po omówieniu dawnego podziału Soltmanna (eclampsia reflectoria et ecl. haematogenes), przytoczył J. nowszy podział Hochsingera, wreszcie zatrzymał się dłużej na określeniu wprowadzonego przez szkołę wrocławską pojęcia »skazy kurczowej« (spasmophilia, spasmophile Diathese). Zaznaczywszy, że szkoła wrocławska (Thiemich, Birk) nie uznaje innych przyczyn drgawek, prócz skazy kurczowej i padaczki,

omówił J. dokładniej rozpoznanie różniczkowe obu postaci, zwracając uwagę na dane, pozwalające wyłączyć możność przechodzenia jednej postaci w drugą. Dalej omówił J. skutki napadów drgawek na zasadzie materyału Birka i Thiemicha, którzy wykazali upośledzenie umysłowe u znacznej części dzieci ze stwierdzoną w dzieciństwie skazą kurczową. Następnie przeszedł do omówienia początków padaczki u dzieci, zwracając uwagę na niedocenioną dotąd częstość występowania pierwszego napadu już w okresie niemowlęctwa. Rozpatrzywszy dalej skutki padaczki (w szczególności wpływ jej na rozwój umysłowy dzieci), omówił J. w paru słowach związek padaczki z organicznemi cierpieniami mózgu, z kiłą i wrodzonem upośledzeniem umysłowem. (Streszczenie własne).

4) W dyskusyi nad powyższym odczytem zwrócił uwagę kol. Sonnenberg, że Francuzi (Fournier i inni) rozróżniają dwie postacie padaczki u dzieci, obarczonych dziedzicznie przymiotem. Jedna postać — to padaczka objawowa przymiotu wrodzonego. Padaczce tej towarzyszą inne objawy mózgowe, oraz zaburzenia ze strony narządów zmysłów, zaburzenia ruchowe i psychiczne. Drgawki są tu częściowe. Przebieg cierpienia bardzo szybki: w ciągu kilku miesięcy następuje wyzdrowienie lub zejście śmiertelne. Druga postać padaczki, występującej na tle wrodzonego przymiotu — to padaczka, w której drgawki stanowią jedyny i wyłączny objaw przez cały czas trwania choroby. Drgawki są tu ogólne. Cierpienie trwa długie lata. Napady drgawek powtarzają się od czasu do czasu, lecz na ogólny stan chorego dziecka wcale nie wpływają. W postaci, o której mowa, niema ani jednego objawu, któryby był dla przymiotu charakterystyczny. Sekcya również nic charakterystycznego dla przymiotu nie wykazuje i, gdyby nie wzgląd, że leczenie swoiste daje tu często dobry wynik, możnaby tę postać padaczki zaliczyć do kategoryi cierpień parasyfilitycznych.

5) Kol. Goldman przeczytał rzecz p. t.: **O pooperacyjnem zapaleniu ślinianki przyusznej**.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: M. Cohn, Perlis, Maybaum.

6) W końcu posiedzenia przedstawili: *a*) kol. Goldman preparaty: 1) **kamieni żółciowych,** 2) **tętniaka tętnicy promieniowej;**

b) kol. Perlis preparat usuniętego u 20-letniej dziewczyny **wyrostka robaczkowego.** Chora w ciągu 7 lat 12 razy zapadała na ostre zapalenie wyrostka. Ostatni raz przed 3 miesiącami, z bardzo znacznym wysiękiem plastycznym. W okolicy kątnicy zrostów nie było; wyrostek niezmiernie długi, przeszło 13 cm, zawiera 8 kamieni kałowych; na wewnętrznej jego powierzchni sporo blizn i wybroczyn;

c) kol. Maks. Cohn przedstawił preparat usuniętego **wyrostka robaczkowego**;

d) kol. Maybaum preparat **kamieni żółciowych;**

e) kol. Grabowski preparat **raka nagłośni, gardła i krtani**, usuniętego drogą ekstyrpacyi.

E. Sonnenberg.

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Sekcya medycyny wewnętrznej.

Opracował **Dr. E. Stahr.**

(Dokończenie).

34. J. Unterberg (Peszt). **Nowa metoda oznaczania czynności żołądka i jej wyniki.** Chory dostaje 400 cm^3 4—5% roztworu białka, świeżo sporządzonego z białka zasuszonego. Po 3 kwadransach wydobywa się płyn z żołądka. Potem chory pije 100 gr wody, którą znowu się pompuje. Jeśli się nic uda nic wydobyć, to chory jeszcze raz pije 100 gr wody. Oznacza się w zwykły sposób zawartość żołądka, kwaśność treści nierozcieńczonej i rozcieńczonej, oraz czystego soku żołądkowego itd. Wyniki uzyskał U. takie same, jak dotąd uzyskano innemi metodami. Ciekawe tylko, że w toku przypadków raka żołądka, w których mała część zdrowej błony śluzowej jeszcze była czynna, taż mała część błony śluzowej wydzielała niejako wyrównawczo przekwaśny sok żołądkowy.

35. F. Pick (Praga). **W sprawie leczenia ostrego nieżytu żołądka i jelit.** Autor podawał 60—120 gr glinki białej (bolus alba), drobniuchno rozbełtanej w wodzie (wedle Rumpfa) i nieraz w bardzo uporczywych przypadkach chorobę formalnie złamać się udawało. To samo podaje Escherich u dzieci (odpowiednio mniejsze dawki).

Benderski musiał ten sposób porzucić, bo chorzy nie chcieli połykać tak wielkich dawek glinki.

36. H. Strauss (Berlin). **O wskazaniach i przeciwwskazaniach do sigmoskopii.** Metoda ta ułatwiła dokładniejsze rozpoznawanie niektórych odmian zapaleń i nowotworów pętli esowatej. Wskazanie do sigmoskopii stanowią jednorazowe większe, lub powracające mniejsze krwawienia z kiszki stolcowej, dalej wycieki ropne i przewlekłe wycieki śluzowe. Przydatny jest wreszcie ten sposób, gdzie chodzi o guzy pozorne. Wykonywać go należy ostrożnie i umiejętnie, gdyż łatwo można zaszkodzić. Rozdymać powietrzem należy tylko tam, gdzie bańka odbytnicy (ampulla) nie rozszerza się automatycznie w ułożeniu kolanowo-piersiowem. W tych jednakże przypadkach stanowi stosowanie czynnika pneumatycznego wielki postęp. Przeciwwskazanie do tego zabiegu stanowią sprawy zapalne w pętli esowatej otoczenia, szczególniej zapalenia otrzewnej. Szczególna ostrożność wskazana jest u chorych na serce, na rozedmę płuc, tam, gdzie pętla esowata jest przesunięta przez zrosty i t. d. Sposób ten należy uważać za uzupełnienie dotychczasowych; zasługuje on na szerokie stosowanie.

37. Deck (Nowy-Orleans). **Swoiste leczenie czerwonki pełzakowej.** D. podaje większe dawki wymiotnicy (ipecacuanha) przez dłuższy czas z dobrym skutkiem. (Rzecz znana dawno. Przyp. ref.).

38. E. v. Romberg (Tübingen). **Znaczenie naczyń krwionośnych w toku chorób wewnętrznych z wyłączeniem właściwych chorób samych naczyń.** Rzecz nie da się pomieścić w ramach krótkiego referatu.

39. Richter (Berlin). **W sprawie patogenezy puchliny pochodzenia nerkowego.** Obok innych sposobów, stosowanych dla wywołania niedomogi nerkowej, stosował R. środki rozszerzające naczynia, n. p. azotyn amylowy i t. p. We wszystkich tych przypadkach występowała puchlina, chociaż nie podawano większej ilości wody. Autor sądzi, że spostrzeżenia jego dowodzą, jak ważną jest przepuszczalność naczyń nerkowych dla powstawania puchliny, jakoteż, że słuszną jest teorya Cohnheima — Senatora.

40. Bence (Peszt). **Patogeneza puchliny.** Jeśli króliki przeżyły 4—6 dni obustronne wyłuszczenie nerek, to puchły, mimo że nie piły, ani nie jadły, przyczem waga ogólna ciała spadała. Brak, względnie utrata wody nie chroni więc przed puchliną, puchlina pochodzenia nerkowego może więc powstawać bez zatrzymywania wody. Przypływ wody podnosi jednakże znacznie wielkość obrzęków. Podczas powstawania obrzęków staje się krew zamożniejszą w wodę, a więc woda w płynie puchlinnym nie pochodzi ze krwi. Płyn, który z jednej strony rozcieńcza krew, a z drugiej wnika w przestwory śródtkankowe, może pochodzić tylko z tkanek. Podobne stosunki stwierdza się u ludzi chorych na zapalenie nerek, szczególniej w toku ostrego zapalenia. W czasie ustępowania obrzęków krew zagęszcza się. — Zupełnie odmiennie prdstawiają się obrzęki pochodzenia sercowego. Tu nie znajdujemy wodnistości krwi. Spadek współczynnika załamania surowicy należy odnieść do zwolnionego obiegu krwi i stąd wzmożonego zużywania białka osocza (A. Korányi).

41. Henschen (Stockholm). **O skurczowych czynnościowych szmerach sercowych.** W zapatrywaniu na przyczynę i tłómaczenie tych szmerów panuje zamęt. Sprawę

tę tłómaczono na wszelkie możliwe sposoby. H. mówi tylko o niektórych teoryach: Laënnec, Paul, Sansom dopatrują się przyczyny w skurczu serca i naczyń. Miękkie tętno i nizkie parcie tętnicze przemawiają przeciw tej teoryi. Teorye, upatrujące przyczynę sprawy w złym układzie krwi, nie dają tłómaczenia fizycznego. Teorya Sahliego również sprawy nie wyświetla, boć szybsze tętno nie wywołuje jeszcze szmeru. Zapatrywanie, że przyczyną jest zwężenie tętnicy płucnej, nie zostało dotąd udowodnione. To samo da się powiedzieć o t. zw. »Frottierungstheorie« Müllera. H. stawia następujące tezy: Wszystkie szmery skurczowe czynnościowe (z niedokrwistości, szmery serca otłuszczonego, t. zw. gorączkowe i t. d.), są co do swej istoty takie same, różnią się w nasileniu od organicznych i polegają na wirach we krwi. Cechą szmerów czynnościowych jest to, że są miękkie, częste u niedokrwistych, słyszalne najwyraźniej w II. międzyżebrzu lewem, w czasie wdechu słabną, względnie nikną; II. ton nad tętnicą płucną nie jest wzmocniony, komora prawa nie przerosła, wzgl. rozszerzona. Teorya powinna te objawy tłómaczyć. H. przez długie lata spostrzegał, że przy szmerach czynnościowych skurczowych komora lewa jest zawsze rozszerzona, szmery te pochodzą zatem z rozszerzenia, a więc względnej niedomykalności zastawek i równoczesnego niedostatecznego kurczenia się zwyrodniałego lub zakażeniem zatrutego mięśnia sercowego. Szmery te bywają z niedokrwistości, gorączkowe (błonica), goścćowe, ze zwyrodnienia (serce otłuszczone, zapalenie nerek, choroba Basedowa). Jeżeli rozszerzeniu towarzyszy przerost, to niema szmeru (serce u sportowców, przewlekłe zapalenie nerek). Szmer ustępuje wraz z rozszerzeniem serca.

42. W. S. Thayer (Baltimore). **O trzecim tonie sercowym.** T. tłómaczy zjawisko to tem, że w czasie nagłego rozkurczu komory zastawka dwudzielna tak się napina, że sprawia słyszalne drżenie.

Dyskusya: Wenckebach (Groningen): W czasie nasilonej pracy fizycznej zdaje się, że się wcale serce nie rozszerza, ale nawet maleje. Geisler (Petersburg) nie spostrzegał równocześnie ze szmerami czynnościowemi rozszerzenia serca. Nie zachodzi też wtedy względna niedomykalność zastawki dwudzielnej, gdyż w takim razie szmer musiałby się wzmagać w ułożeniu poziomem, szmery zaś czynnościowe wtedy właśnie słabną. Giuffre (Palermo) potwierdza spostrzeżenia Henschena.

43. Wenckebach. **O zupełnej i stałej nieregularności serca.** Ten po raz pierwszy przez W. opisany obraz chorobowy znamionuje się prawie zawsze niedomykalnością zastawki trójdzielnej i dodatniem tętnem żylnem. Mackenzie dowiódł, że w chorobie tej występuje porażenie przedsionków. W. zaś stwierdził w tych przypadkach zwyrodnienie mięśni żyły głównej górnej u jej ujścia do prawego przedsionka. W. popiera swój wywód przedstawieniem dwóch przypadków. Badań anatomicznych na sercach, dostarczonych przez Wenckebacha, dokonał Aschoff.

Dr Herman Hirsch (Kraków). **Włókniaki macicy i skaza moczanowa.** Autor zwraca uwagę na związek, zachodzący między obu cierpieniami. Sam spostrzegał 30 przypadków, w których włókniakom towarzyszyła skaza moczanowa. W czasie krwawień objawy skazy ustępują, a potem znowu się wzmagają. — Autor wreszcie podnosi znaczenie kwasu nukleinowego dla powstawania włókniaków.

Wrażenia chirurgiczne z klinik berlińskich.

Podał

Dr Zygmunt Lewicki,
sek. szpit. w Samborze.

Korzystając z zasiłku na podróż naukową, udzielonego mi przez Wydział krajowy, zwiedziłem kliniki chirurgiczne Biera i Hildebranda i urządzenia szpitali, z których szpital Virchowa i szpital w Rixdorfie pod Berlinem są najbardziej nowocześnie urządzone.

Za ułatwienie mi tej wycieczki niech mi wolno będzie w tem miejscu publicznie podziękować Wysokiemu Wydziałowi krajowemu.

Pierwsze, co w Berlinie na wstępie uderza, to odmienny sposób przeprowadzenia odkażania rąk i przygotowania chorego do operacyi na obu klinikach. U Hildebranda panuje jeszcze wszechwładnie dawna, ale może najpewniejsza, metoda mycia rąk Fürbringera; sam Hildebrand mówi o sobie: »Ich bin kein moderner Chirurg« —; również nie jest on zwolennikiem wczesnego wstawania chorych po laparotomiach i t. d. Na klinice zaś Biera widzi się ciągłe dążenie do nowości. Niema tam długiego mycia rąk i chorego. Dzień przed operacyą dostaje chory ciepłą kąpiel, przed samą operacyą zaś myje się go wacikiem z wyjałowionej gazy białej, napojonym benzyną, ciągle odmieniając wacik dopóty, dopóki na waciku widać choćby śladzik brudu; następnie pole operacyjne na dość dużej przestrzeni pędzluje się 10% nalewką jodową dwa razy — i całe mycie skończone. Operator i asystenci myją się alkoholem absolutnym 5—8 minut przy pomocy gazy białej wyjałowionej i wdziewają rękawiczki wyjałowione, albo gumowe, albo jedwabne białe — zależnie od tego, czy ma się operować więcej na tępo, jedwabne rękawiczki bowiem ułatwiają w wysokim stopniu rozdzielanie części miękkich. W klinice Biera zwraca się uwagę przedewszystkiem na to, by ręce przed operacyą nie były w zetknięciu z żadnym materyałem zakaźnym; — to pewniejsza ochrona przed zakażeniem, niż nawet półgodzinne skombinowane mycie rąk. Szorowanie rąk szczotką zdziera naskórek, przez co tworzą się zaułki i pęknięcia na rękach, które tworzą korzystne warunki dla bakteryi. — Racyonalny sposób odkażania rąk, któryby dawał pewność i był prosty, a zwłaszcza dostępny dla lekarzy praktycznych, jest sprawą ciągle jeszcze nierozstrzygniętą i wywołuje namiętne za i przeciw.

Niedawno podał von Hippel z Giessen [1]) swój sposób odkażania rąk i chorego, którym się posługuje od $^1/_4$ roku przy wielkich operacyach, a który mu dał wyniki pod względem doraźnego gojenia się ran w niczem nie ustępujące od wyników leczenia ran pooperacyjnych, starą metodą oczyszczanych. Sposób ten niewiele się różni od sposobu używanego w klinice Biera, tylko zamiast alkoholu używa Hippel spirytusu mydlanego i po zeszyciu jeszcze raz pędzluje ranę nalewką jodową. Hippel jest z tej metody bardzo zadowolony. Na klinice Biera mają również bardzo dobre wyniki. Zwykle skutkiem zadrażnienia skóry nalewką jodową wokoło szwów występuje lekkie zaczerwienienie, które jednak po 2—3 dniach znika. Można w ten sposób wypędzlować $^1/_3$ część powierzchni skóry bez obawy zatrucia; w dwu przypadkach zauważono tylko rumień, ci chorzy jednak byli także na jodoform wrażliwi.

Na obu klinikach berlińskich widać usiłowania, by wyrugować przynajmniej w części ogólne uśpienie z użycia. Dużo i to nawet większych operacyi robi się w znieczuleniu miejscowem. Widziałem operacye takie, jak: wycięcie krtani, gastrostomia, gastroenterostomia, wycięcie wola, operacye przepuklin i t. d., robione w znieczuleniu miejscowem, przy czem wstrzykują do 150 cm^3 rozczynu $^1/_2$% nowokainy bez obawy zatrucia.

Bier kładzie nacisk, by nietylko samo pole operacyjne, ale całą otaczającą tkankę w znacznej odległości znieczulać, a wtedy zwykle znieczulenie nie zawodzi. Wedle poleceń Brauna [2]) używa się na klinice Biera 4 rozczynów:

---

[1]) Deutsche Ärzte-Zeitung Nr 19 u. 20 ex 1909.
[2]) Braun. Lehrbuch d. loc. Anästhesie, 1905.

I. Nowokainy 0,25
Fizyologiczny rozczyn soli kuchennej 100,0
5 kropel rozczynu suprareniny 1: 1000,0

II. Nowokainy 0,25
Fizyolog. rozczyn soli kuch. 50,0
5 kropel rozczynu suprareniny 1: 1000,0

III. Nowokainy 0,1
Fizyol. rozczyn soli kuch. 10,0
5 kropel rozczynu suprareniny 1: 1000,0

IV. Nowokainy 0,1
Fizyol. rozczyn soli kuch. 5,0
5 kropel rozczynu suprareniny 1: 1000,0

Dawka suprareniny jest tak dobrana, że nie wywołuje przerwy w krążeniu, często jednak obchodzą się bez niej. Rozczynu I. i II. używa się przy znieczulaniu dużych i głębokich obszarów, wstrzykuje się strzykawką 10-gramową, przyczem powinien powstać obrzęk tkanki; rozczynu zaś III. i IV. używa się tylko w małych ilościach kroplami n. p. do nerwów i to strzykawką 1-gramową. Igiełki strzykawek muszą być bardzo cienkie, bo ukłucia grubszych są bardzo bolesne. Wokoło pola operacyjnego robi się kilka wstrzyknięć podskórnych w postaci bąbli, t. zw. »Hautquaddel«, z tych bąbli dopiero należy wstrzykiwać w głębsze warstwy i około pola operacyjnego, najpierw wstrzykując, a następnie posuwając igiełkę: »injection traçante et continue« Reclusa. W ten sposób zapobiega się ewentualnemu przebiciu większego naczynia, bo skutkiem nacieczenia tkanki samo się ono z drogi usuwa. — Znieczulenie występuje najwybitniej w 20 minut. Każda prawie operacya wymaga osobnej metody wstrzykiwania. Podam najważniejsze operacye, które widziałem wykonane w znieczuleniu miejscowem.

Do wycięcia wola zaznacza się 5 miejsc w postaci bąbli; trzy w tyle za mięśniem mostkowo-sutkowo-obojczykowym, mianowicie jedno w górze w okolicy n. usznego wielkiego (n. auricularis magnus), drugie w połowie długości mięśnia (n. skórny szyi), a trzecie w dole mięśnia (nn. nadobojczykowe); dwa zaś w linii środkowej szyi, t. zn. czwarte w blizkości dołka jarzmowego, a piąte powyżej węziny gruczołu tarczowego (isthmus). Można użyć około 100 cm^3 rozczynu Nr I. Od tych miejsc należy wstrzykiwać w ten sposób, by je ze sobą połączyć, i to najpierw od powięzi, a potem do tkanki podskórnej i skóry. — Znieczulenie to prawie nigdy nie jest zupełne i wynik zależy bardzo od wrażliwości chorego, jeśli się jednak unika niepotrzebnych pociągań tchawicy, można oszczędzić bardzo wiele bolu operowanemu. Hildebrand zauważył, że przy użyciu tej samej techniki chorzy w Bazylei dają się chętnie operować w znieczuleniu, — w Berlinie zaś nie.

Tracheotomia da się wykonać w znieczuleniu zupełnie bezboleśnie przy stosowaniu wstrzykiwań w postaci »rombu Hackenbrucha«: po obu stronach przyszłego cięcia zaznacza się dwa wkłucia w zwykły sposób, a dwa w linii cięcia: jedno w górze, drugie w dole. Od tych miejsc wstrzykuje się rozczyn Nr II. najpierw głęboko w bok od tchawicy i chrząstki pierścieniowatej, później w tkankę podskórną i łączy się te cztery punkty ze sobą. Znieczulenie jest zupełne w 10 minut. Podobnie znieczula się pole operacyjne przy wycięciu krtani z tym dodatkiem, że błonę śluzową krtani pędzlują 20% kokainą. Operacya ta jednak w tem znieczuleniu nie jest bezbolesna i nie każdy chory znosi ją spokojnie.

Przy laparotomii robi się kilka wstrzyknięć podskórnych, następnie od końcowych punktów znieczulenia nastrzykuje się tkankę podskórną i skórę w postaci rombu Hackenbrucha; po przecięciu skóry i tkanki podskórnej nastrzykuje się tkankę przyotrzewną, przez co i otrzewnę się znieczula. Chorzy podczas całej operacyi zachowywali się zupełnie spokojnie pomimo wielkiego zabiegu chirurgicznego, jak gastroenterostomia retrocolica posterior i t. d. Pytani odpowiadali, że prócz nieprzyjemnego uczucia ciśnienia na trzewia nie mieli wcale świadomości bolu. Należy jednak unikać wszelkiego silniejszego pociągania za krezkę.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Towarzystwo higieniczne lwowskie stwierdza w sprawozdaniu za r. 1909 pewne osłabnięcie działalności. Objętość organu Tow., »Przeglądu higienicznego«, musiano zmniejszyć dla braku funduszów; na jeden zapowiedziany wykład przybyło tak mało słuchaczy, że Towarzystwo musiało zaniechać urządzenia dalszych wykładów. Towarzystwo liczyło 250 członków, miało 2.336 kor. dochodu; wydało i rozpowszechniło w r. 1909 dwie broszury popularne o chorobach płciowych, Dra Blumenfelda i Prof. Jurasza. Na Walnem Zgromadzeniu w d. 9. V. b. r. wybrano do Zarządu z lekarzy: Dra Hojnackiego, Drą Opieńskiego i Doc. Piaseckiego. R.

Lekarze w Stryju opracowali zbiorowo i gremialnie podpisawszy wnieśli do Rady miejskiej »Memoryał w celu poprawienia stosunków zdrowotnych miasta«, w którym wskazują na konieczność osuszenia bagniska przy Olszynce i urządzenia w tem miejscu parku publicznego i placów do zabaw ruchowych, na potrzebę urządzenia dobrych łazienek nad rzeką Stryjem, sprawienia przez miasto powozu do przewożenia do szpitala chorych zakaźnych, wreszcie żądają powołania kilku lekarzy do komisyi sanitarnej miejskiej, zwłaszcza dla sprawy wodociągów i kanalizacyi.

Inicyatywa lekarzy stryjskich zasługuje na gorące uznanie i powinna być dla lekarzy w innych naszych miastach przykładem, zachęcającym do naśladowania. R.

O Towarzystwie ratunkowem krakowskiem zamieszcza uwagi Dr Mikołajski w »Głosie lekarzy« (Nr 9), wyrażając zdanie, że pełnienie służby w Pogotowiu ratunkowem przez słuchaczy medycyny jest anomalią, i zauważając, że służba ta jest wynagradzana, a nie bezpłatna. Dr Mikołajski sądzi, że ze stanowiska zawodowo-lekarskiego należy anomalię tę usunąć, przyczem odwołuje się do Krajowego Związku lekarzy i do Izby lekarskiej i wyraża zdanie, że magistrat miasta byłby zmuszony dostarczyć środków na to, aby służbę w Pogotowiu pełnili tylko dyplomowani lekarze, gdyby lekarze solidarnie usunęli się od współdziałania w Pogotowiu, dopóki służbę pełnią słuchacze medycyny. Z.

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie odbyło się 27. IV. b. r. doroczne zebranie ogólne pod przewodnictwem Dra Kamockiego. Na zebraniu tem przyjęto sprawozdanie Zarządu, projekt przepisów o ogłoszeniach lekarskich, regulamin dla wydziałów Stowarzyszenia i projekt taryfy za porady i zabiegi chirurgiczne. Następnie dokonano wyborów. Do zarządu weszli Drowie: Przyborowski, Reutt, Sadowski i Szumlański, a na zastępców Jaworski i Zweigbaum; do sądu koleżeńskiego Drowie: Babiński, Gajkiewicz, Jakimiak, Kozerski i Ed. Zieliński; do komisyi rewizyjnej Drowie: Antecki, Babiński, Bregman, Grundzach, Gruszczyński, Knappe, Natanson, Ryłko i Skłodowski. Towarzystwo liczy obecnie 407 członków. R.

Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy warszawskich liczyła w r. 1909 142 członków i zamknęła bilans kwotą 54.985·93 rb. Czysty zysk wynosił 1.759·34 rb. R.

W obronie felczerów wystąpił bawarski radca Cramer-Klett, ubolewając, że stan felczerów (Bader) skazany jest na wymarcie. Podług Cramer-Kletta felczerzy byli właśnie tym kitem, który łączył ludność wiejską z medycyną, gdyż wieśniak u felczera leczył się chętnie, a do lekarza zwraca się rzadko. Tenże pan radca zażądał, by przy przyjmowaniu lekarzy na posady rządowe domagano się od nich dowodu, że nie należą do znanego »Związku lipskiego lekarzy«, a to... w celu uchronienia biednej ludności od ewentualnego braku lekarza wskutek bojkotów (!). X.

Narodowe Towarzystwo zwalczania gruźlicy w Stanach Zjednoczonych postanowiło po dworcach kolejowych, poczekalniach i t. p. umieszczać ogromne afisze, przedstawiające obrazowo następstwa gruźlicy nie leczonej. X.

Ulgi dla lekarzy. Następujące firmy dają opust członkom krajowego Związku lekarzy w Krakowie: 1) A. Froncz (Floryańska) 10%. 2) Janeczek (Rynek) 10%. 3) Jawornicki (Rynek) 10% ew. 6%. 4) Wierzejski (Rynek) 10%. 5) Litawski (Stary teatr) 7%. 6) Kirschner (Floryańska) 10%. 7) Reim (Rynek) 10%. 8) Skład węgli Czernego (Pawia) 6 hal. na cetnarze i ulgi w spłacie i dostawie. 9) Skład węgli Pobudkiewicza (Pawia). 10) Ditmar (Rynek) 10%. 11) Mensik (Floryańska) 5—10%. 12) Drukarnia Rippera 5%. 13) Becker (Szewska) 6—10% (także wędliny gorlickie). 14) Bałabuszyński (Szewska) 10%. 15) Martin (oba sklepy) 10%. 16) Fotograf Kuczyński-Gertler (Rynek) 20%. Dalsze rokowania w toku. Dr A. Klęsk.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca marca 1910 .	510,172	424,694
W kwietniu 1910	975	7,000
Razem .	511,147	431,694

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 1. V. do 7. V. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w m. Krakowie (11 w miejskim Domu kalek i nieuleczalnych, t. zw. »ogrodzie angielskim«), w pow. Bohorodczany (Żuraki 2), Buczacz (Barysz 5), Czortków (Bazar 6, Dolina 1), Grybów (Izby 1, Bieliczna 2), Horodenka (Żuków 4), Husiatyn (Husiatyn 1), Jarosław (Nienowice 1, Zaleska wola 1), Jaworów (Starzyska 1, Czerczyk 2, Jazów stary 4), Nadwórna (Wołosów 1), Podhajce (Wiśniowczyk 2), Śniatyn (Wołczkowce 9, Kielichów 2), Tłumacz (Olesza 3), Zborów (Kudobińce 4). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. V. do 7. V. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 3 † —), krztuśca 1, płonicy 7, odry 2, duru osutkowego 7, duru brzusznego 3 † 1 (1 † —), tężca 1 † 1.

Dr Janiszewski.

Trzecia wycieczka naukowa lekarska na południe.

Również i w roku bieżącym w m. listopadzie odbędzie się interesująca wycieczka naukowa po Hiszpanii, Maroku i t. d., a urządzeniem jej zajął się komitet, złożony z delegatów Związków lekarzy, praktykujących w zdrojowiskach czeskich. Wyjazd uczestników nastąpi w d. 6. listopada r. b. z portu w Genui na parowcu Lloydu austryackiego »Thalia«, który opłynie Riwierę włoską i francuską i zdąży do Barcelony. Stąd odbędą się wycieczki lądowe po głównych miastach Hiszpanii, znanych z cennych zabytków sztuki i piękności położenia (Madryt, Granada, Kordowa, Sewilla, Cadix, Gibraltar). Na okręcie opłyną wycieczkowcy całe północne wybrzeże Afryki zachodniej, robiąc znów wycieczki lądowe po Marokku, Algierze (wycieczki do pięknej oazy, Bisury), i Tunisie z Kartaginą, stąd zawrócą do Sycylii, gdzie zwiedzą Messynę i słynną z ruin i pięknego położenia Taorminę pod Etną, a następnie opłynąwszy południową część Włoch, zdążą do zatoki Kotarskiej, skąd odbędzie się wycieczka do stolicy Czarnogóry, Cetynii. W d. 5. grudnia b. r. zawinie »Thalia« do Tryestu, jako do stacyi końcowej. Koszta wycieczki wyniosą koło 1100 koron od osoby, t. j. podróż morska koło 500 do 550 koron, zależnie od kajuty, a koło 550 koron wycieczki lądowe, wszędzie z kosztami umieszczenia w pierwszorzędnych hotelach, wykwintnem utrzymaniem, napiwkami, jazdą koleją I. klasą, ekwipażami i t. d. Bliższych szczegółów udziela Dr Hugon Stark, lekarz w Karlsbadzie (Sprudelstrasse Haus Amerikaner), co do podróży lądowych zaś firma Hartmann w Kolonii nad Renem, która w r. ubiegłym znakomicie urządziła wycieczki do Grecyi i do Egiptu. Polscy lekarze i ich rodziny mogą utworzyć osobny klub i mieć w komitecie wycieczkowym swych reprezentantów, a polskie Towarzystwa lekarskie są proszone, aby do komitetu wybrały swych delegatów.

Dr Obtułowicz (Lwów).

Wiadomości bieżące.

Wydanie jubileuszowe wiekopomnej »Teoryi jestestw organicznych« J. Sniadeckiego można nabywać w Administracyi »Przeglądu lekarskiego« (Dunajewskiego 2), po bardzo nizkiej cenie 2 kor. 50 hal. Dochód z rozprzedaży przeznaczony na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Na posiedzeniu komisyi sanitarnej miejskiej w d. 10. V. 1910 uchwalono przenieść targowisko z Kleparza za miasto, przyjęto sprawozdanie fizykatu o durze plamistym w Domu kalek (13 przypadków) i o innych chorobach zakaźnych. Od Nowego Roku przeprowadził fizykat 566 odkażań; w domu izolacyjnym, od jego urządzenia, internowano 347 osób; obecnie rozpoczęły się kursa dla sanitaryuszy. Uchwalono wskazać na konieczność budowy nowego Domu kalek. Przyjęto wnioski Prof. Pareńskiego o rewizyę ustępów przy handlach i zakładach przemysłowych, o nadzór lekarski przy ćwiczeniach gimnastycznych i o krzewienie przeciwgruźliczych ostrzeżeń zapomocą napisów na pudełkach zapałek.

— Zakład Dra Chramca w Zakopanem nabyło, jak donoszą dzienniki, Towarzystwo akcyjne z kapitałem 2 milionów koron, w którem uczestniczą Bank krajowy i Wiedeński Bank Związkowy. Towarzystwo zamierza zbudować nowy dom mieszkalny, a później Dom zdrojowy.

— Dzienniki słusznie podnoszą niedostateczne odkażanie wozów osobowych, krążących między Krakowem i Sączem a Zakopanem, a przewożących znaczną liczbę osób z gruźlicą otwartą.

Warszawa. Komitet wydawnictw higieniczno-popularnych im. Alfreda Sokołowskiego ogłasza konkurs na temat: »Higiena warsztatu szewskiego«. Rozprawy w objętości 1 do $1^1/_2$ arkusza druku 8-o należy z zachowaniem zwykłych form konkursowych nadsyłać do d. 1. września 1910 do kancelaryi Towarzystwa lek. warszawskiego (Niecała 7). Nagroda wynosi 75 rb. Sąd konkursowy stanowią Drowie: Bieliński, Hewelke, J. Jaworski, Pruszyński, Rejchman i redaktorowie Nowicki i T. Prószyński.

— Redakcya »Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego« ogłasza konkurs na najlepszą pracę doświadczalną z dziedziny, pozostającej w ściślejszym związku z chirurgią. Nagroda 100 rb. Termin konkursu do 30. czerwca 1911.

— Rosyjskie ministerstwo handlu ma udzielić 800.000 rb. pożyczek na melioracye w zdrojowiskach skarbowych: między innymi ma otrzymać Busk na budowę domu zdrojowego 75.000 rubli.

Łódź. Zakład w Kochanówce pod Łodzią nie może już pomieścić zgłaszających się chorych, których liczba doszła 250. Komitet zbierać więc zaczął fundusze na dobudowanie nowego pawilonu.

— Tragicznemu wypadkowi uległ kol. Julian Grabowski, starszy ordynator (lekarz naczelny) szpitala powiatowego w Łodzi. Operując w dn. 12. marca b. r. przerzut raka w migdałku, uległ skaleczeniu w wielki palec ręki prawej. Skutkiem tego rozwinęła się sprawa posokowata, która (pomimo szybkiej i energicznej pomocy koleżeńskiej ze strony kolegów miejscowych i kol. Br. Sawickiego z Warszawy), doprowadziła do amputacyi prawej ręki na granicy średniej i górnej części ramienia. Serdeczne współczucie kolegów i szerokiego grona miejscowej ludności towarzyszyło całej chorobie kolegi Grabowskiego, któremu życie od ławy uniwersyteckiej nie szczędziło ciężkich przejść, będących wynikiem jego wzniosłych dążeń i hartu ducha.

Z różnych stron. W referacie »O stosunku uczonych polskich do kongresów naukowych międzynarodowych i o potrzebie udziału naszego w kongresach takich«, przesłanym sekcyi naukowej Kongresu narodowego polskiego w Waszyngtonie, wykazuje Dr Józef Jaworski, że uczeni polscy powinni uczestniczyć w Zjazdach naukowych międzynarodowych, a nawet niektórych francuskich, niemieckich i t. p. Na Zjazdach międzynarodowych powinien mieć każdy naród przedstawicielstwo pod postacią komitetu narodowego, a wszystkie takie komitety powinny mieć równe prawa. Takiego komitetu powinniśmy się domagać na każdym Zjeździe międzynarodowym; gdyby temu żądaniu odmówiono, należałoby, zdaniem Dra Jaworskiego, wydać i doręczyć uczestnikom Zjazdu spis prac polskich z danego działu za ostatnie 5—10-lecie. Wreszcie zdaniem Dra Jaworskiego powinien komitet polski na Zjazdach międzynarodowych zgłaszać własne tematy programowe lub koreferaty.

— Dr Teofil Hołobut habilitował się z zakresu bakteryologii w lwowskiej Akademii weterynaryjnej, a habilitacya ta została przez ministerstwo zatwierdzona.

— Dla podniesienia poziomu wykształcenia psychiatrycznego w Anglii postanowiono, że każdy lekarz, starający się o wyższą posadę, n. p. kierownika oddziału, musi uzyskać osobny dyplom z psychiatryi. X.

— Ogromnie reklamowana »słynna« przeciwgośćcowa wata Völlnera okazała się przy szczegółowem badaniu zwykłą, nawet niczem nie impregnowaną watą. X.

Mianowani: Farmakolog Doc. Hildebrandt w Halle profesorem; Dr Roncali profesorem patologii chirurgicznej w Padwie; Dr Karol Morawski asystentem kliniki położn. w Krakowie; lekarzami miejskimi w Krakowie Drowie: Teofil Baczyński, St. Gólski, B. Komorowski, R. Nitsch, J. Owsiński, Sikorski, M. Wojczyński, J. Weinsberg, St. Zamorski.

Powołani: Fizyolog Prof. Verworn z Göttingen do Bonn.

Zmarli: Dr Maksymilian Kaufmann w Karlsbadzie. Zmarły był jednym z tych rzadkich ludzi, którzy do siebie przywiązują wszystkich, komu danem jest poznać ich bliżej. To też śmierć jego wzbudzi żal nietylko pomiędzy miejscowymi kolegami, ale dotknie i zasmuci tych wszystkich, którzy go pamiętają. Towarzystwo lekarskie tutejsze i grono lekarzy polskich wyraziło zmarłemu hołd, żegnając trumnę z jego zwłokami serdecznem słowem. Zmarły skończył Uniwersytet w Krakowie. Zwłoki jego spoczną na cmentarzu w rodzinnem mieście. Dr W. M.

Dr Władysław Freudenson, ordynator szpitala na Czystem, w 60 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: N. Cybulski: Über die Beziehung zwischen den Aktionsströmen und dem tätigen Zustand der Muskeln. Akad. Umiej. Kraków 1910. — Report of the General Director of Playgrounds for the Y. 1909. Buffalo. — Buffalo Sanitary Bulletin. — The Cost of Tuberculosis to the Country of Erie. Publish. by Depart. of Health Buffalo. — Lewicki: Tenonowa kapsuła, jej anatomia i patologia. Odessa 1910. Str. 162, z 3 tabl. — Turzański: Wiąd rdzenia. »Tyg. lek«. 1910. — Fiertz: Über nicht operative Heilung der Appendicitis etc. »Corresp.-Bl. f. schw. Ärzte« 1910. — Tizenhausen: K'woprosu ob etiologii opucholei. Odessa 1910. str. 297 + XXIV. z 4 tabl. — Schlesinger H.: Die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen. Jena. (Fischer). Wydanie II. 1910. Stron 614. Cena 12 mk., w oprawie 13·50. — Janowski Wł.: 1) Elektrokardyografia. »Med. i Kron. lek.« 1910. 2) O krzywej lewego przedsionka serca. »Gaz. lek.« 1910. — Korczyński: 1) Kilka słów o rozwoju i higienie narządu krążenia. »Zdrowie« 1910. 2) Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia. 3) Ein Beitrag zur Kenntniss der Autointoxicationen vom Intestinaltraktus. »Oesterr. Aerzte Ztg.« 1910. — Jaworski Józef: O stosunku uczonych polskich do kongresów naukowych międzynarodowych oraz o potrzebie udziału naszego w kongresach takich. Warszawa 1910.

Bibliografia.

Jahreskurse für die ärztliche Fortbildung. Monachium. I. F. Lehmann. Zaszyt V. (za maj). Cena 2·50 Mk., za cały rocznik 16 Mk.

Najświeższy zeszyt pomysłowego i pożytecznego tego wydawnictwa poświęcony jest chorobom nerwowym i umysłowym. Z pierwszego zakresu zawiera on dwie prace: Prof. Edingera: »O budowie i niektórych chorobach układu nerwowego«, oraz Prof. H. Vogta: »Poliomyelitis, Encephalitis«, który osobno uwzględnia zapalenia te u dzieci. Z zakresu psychiatryi również znajdujemy dwie rozprawy: Prof. Binswangera: »Ogólne podstawy psychiatryi« i Prof. Hansa Bergera: »Psychozy organiczne«, którą to nazwą obejmuje autor: porażenie postępujące, kiłę mózgu, psychozy na tle stwardnienia tętnic i zniedołężnienie starcze. Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 18. maja 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Steuermark: Demonstracya niektórych chorob skórnych, leczonych promieniami Roentgena. 2) Dr Rosenhauch: Wyniki nowszych badań nad jaglicą.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Firma E. Merck wydała XXIII. sprawozdanie roczne o postępach i nowościach w dziedzinie farmakoterapii i farmacyi. Książka obejmuje 403 stronic i świadczy o szerokim zakresie zadań, jakie ta zaszczytnie znana firma w swej dziedzinie spełnia. MK. W.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.
Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.
Dr **Cercha Maksymilian.** („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens.** „Pod Jeleniem".
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asystent kliniki położ. ginek. Uniwersytetu lwowskiego.

Rabka.
Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem".
Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

Szczawnica.
Dr **Kolączkowski.** ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.

Truskawiec.
Dr **Pelczar Zenon.**

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice Trenczyńskie.
Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.
Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.
Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).
Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris".

Gleichenberg.
Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger" IV.

Kissingen (w Bawaryi).
Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.
Dr **Maciejewski**, Sanatorium „Quo vadis" Ludwigstr. 16.
Doc. Dr **Modrakowski J.**, Villa „Elsa".

Marienbad.
Dr **Jasinicka Marya**, Schloss Heilbraun, Kaiserstrasse
Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg".
Dr **Obmiński Ksawery**, Heidlerhaus obok Klingera. Ordynuje jak w roku ubiegłym od maja do października
Dr **Z. Szczepański**, od 20 maja „Haus Schiller".